

ASOCIACIÓN DE SUPERVISORES DE LA INDUSTRIA METALMECÁNICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
Asociación Profesional con Personería Gremial N° 320

411	SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO DE SUPERVISOR METALMECÁNICO				
INFORMACIÓN PARA APORTE SOLIDARIO Y SEGURO DE VIDA CONVENCIONAL					
APELLIDO Y NOMBRES - -				C.U.I.L. - -	
Fecha de Nacimiento / /	Sexo (F / M)	Documento de indentidad (D.N.I.) N° D.N.I.:		Nacionalidad	
Domicilio - calle:					
Número	Piso	Departamento	Código postal	Localidad	
Provincia		Dirección de correo electrónico		Teléfono particular	Teléfono celular
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> A - Soltero/a B - Divorciado/a C - Separado/a D - Casado/a V - Viudo/a Z - Concubino/a					
APELLIDO Y NOMBRES DE PERSONA CONVIVIENTE CON SUPERVISOR:				D.N.I. DEL CONVIVIENTE	
TÍTULOS EDUCATIVOS					
Primario		Secundario		Terciario	
				Universitario	
ACTIVIDAD O RAMA DE ACTIVIDAD DE LA EMPRESA				Conv. Col. Trab. N°	
INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE VIDA CONVENCIONAL					
Para todo personal de la Industria comprendido en el Convenio Colectivo de Trabajo de la actividad, está vigente un SEGURO DE VIDA COLECTIVO para el trabajador Supervisor Metalmeccánico, y Seguro de Sepelio de carácter obligatorio, extensivo a su grupo familiar, contratado por la A.S.I.M.R.A., en carácter de instituyente, bajo su total y exclusiva responsabilidad, conforme términos de acuerdo celebrado entre sector obrero y patronal de actividad metalúrgica (contribuyentes y aportantes), y homologado ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Disposición D.N.R.T. 2201/87 - Expediente N° 822.542/87)					
Es conveniente que el supervisor metalmeccánico confeccione por ante la Seccional de A.S.I.M.R.A. correspondiente, la designación de beneficiarios del Seguro de Vida Colectivo, y asimismo, declare y actualice los datos de los integrantes de su grupo familiar que pudieron resultar beneficiarios del Seguro de Sepelio.-					
DATOS DE LA EMPRESA EMPLEADORA					
Empleador - Razón o denominación social:				RAMA	Actividad principal
Empresa N°	Cod. Sec.	Planta	C.U.I.T. - -	A.R.T.	Póliza N°
Domicilio empleador (Sede Social):					
Calle	N° - Piso - Oficina (C.P.)		Localidad	Provincia	Teléfonos
Domicilio empleador (Sede Laboral):					
Calle	N° - Piso - Oficina (C.P.)		Localidad	Provincia	Teléfonos
Dirección de correo electrónico:					
DECLARACIÓN JURADA DEL EMPLEADOR					
Certifico con carácter de DECLARACIÓN JURADA, que el trabajador TITULAR de la presente, es SUPERVISOR CATEGORÍA percibiendo un sueldo al día de la fecha de \$....., realizando tareas en la Sección de la empresa, quedando esta última obligada a practicar las retenciones vigentes correspondientes al SEGURO DE VIDA ASIMRA (conforme Convenio Colectivo aplicable), y al aporte solidario correspondiente. Se firma el presente en la Localidad de: a los días del mes de de					
Firma y sello del Empleador:				Aclaración:	
Seccional	Fecha / /	Grupo	N°	Tipo	
Recibido en Seccional	Entrada en Sede Central	Por Resolución N°	Fecha carga registros	CONTROL	