



SOLICITUD DE INSCRIPCION

S.I. N°

DATOS DEL ASOCIADO

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|-----------|------------|--------|------|--|
| Apellido/s y Nombre/s | | | Edad | | Foto | |
| DNI | CUIT / CUIL | Dirección | | Número | | |
| Piso-Depto-UF | Localidad | CP | Provincia | | | |
| Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Fax | | | | |
| Correo Electrónico | | | Pagina Web | | | |
| Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | | País | | | |

DATOS DE ESTUDIOS CURSADOS

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Nivel de Estudio alcanzado (Último alcanzado) | | | | | |
| Primario <input type="checkbox"/> | Secundario <input type="checkbox"/> | Terciario <input type="checkbox"/> | Universitario <input type="checkbox"/> | Completo <input type="checkbox"/> | Incompleto <input type="checkbox"/> |

TITULO/S CURSO/S Y CAPACITACION CON INCUMBENCIA EN LA ESPECIALIDAD

| Denominación | Ente Emisor | Lugar de Dictado | Horas Cát. | Año de Egreso |
|--------------|-------------|------------------|------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DATOS LABORALES

| | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|---|
| Historia Laboral | | | | | |
| ¿Anteriormente Estuvo Matriculado o Registrado? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Donde: |
| ¿Actualmente Está Matriculado o Registrado? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Donde: |
| ¿Trabaja en relación de dependencia? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | En caso de que la respuesta sea si, indique donde: |
| ¿Está inscripto en AFIP? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | En caso de que la respuesta sea si, indique en qué condición: |

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| C.A.B.A., a los días del mes de de 201.. | | Firma del Asociado |
| Firma Secretario AAIERIC | | Aclaración |
| Sello AAIERIC | | Firma Presidente AAIERIC |

DE USO EXCLUSIVO DE AAIERIC

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| Fecha Recepción | Anexo AAIERIC | Área/s de Registro/ | Categoría de Registro |
| Apellido y Nombre del Registrante | | Cargo | Nº de Socio AAIERIC |