

Gerencia de Afiliación

Formulario de afiliación de Dominicanos y Dominicanas en el Exterior, para nuevos titulares, reafiliación y cambios de titularidad, Recien nacidos, Dependientes, registro de Personas con discapacidad, fallecimientos.



Datos del Titular

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M F NSS: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Ocupación del/la Titular o Jefe/a del Hogar: _____

Domicilio en España _____

Calle: _____ Número: _____ Bis: _____ Bloque: _____ Esc: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ Código Postal _____ Provincia: _____

Domicilio en República Dominicana (Rellenar en caso afirmativo) _____

Calle: _____ Piso: _____ Apto.: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Los miembros dependientes de su núcleo familiar que se incorporan para ser beneficiados son:

Códigos de parentesco: 1. Padre 2. Madre 3. Esposo 4. Esposa 5. Hijo 6. Hija

Código de parentesco:	Nombre(s) y Apellido(s):	Fecha de nacimiento:	Sexo M/F	Cédula:	Disc S/N	Estud. S/N	Datos del Acta de Nacimiento de Menores de 18 años			
							Municipio	Oficialía	Folio	Nº Acta

Indique el tipo de discapacidad 1 2

Tipo de Afiliación:	Normal	Re afiliación	Discapacidad	Cambio de titularidad	Recién nacidos	Personas con VIH	Núcleo extendido	Trab. Doméstica
Marque con una X:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Titular: _____

Realizado por: _____

Fecha		Día	Mes	Año