



**SiReLyF**  
SINDICATO REGIONAL  
DE LUZ Y FUERZA

SECCIONAL / SUBSECCIONAL .....

Nº AFILIADO .....

APELLIDO.....

NOMBRES .....

**Documentación obligatoria a adjuntar a la solicitud:**

Fotocopia Documento Identidad TITULAR

Fotocopia Documento Identidad APODERADO

FIRMA AFILIADO .....

FORM  
B5

## APODERADO COBRO JUBILACIÓN/ PENSIÓN (SOLICITUD DE ALTA O MODIFICACIÓN)

FECHA / /

[www.sirelyf.org](http://www.sirelyf.org)

**SOLICITO A TRAVÉS DE LA PRESENTE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE MI APODERADO PARA EL COBRO DE MI JUBILACIÓN / PENSIÓN.**

|                   |               |                 |                   |
|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE | PARENTESCO    | TIPO Y NRO. DNI | NACIONALIDAD      |
|                   |               |                 |                   |
| DOMICILIO         | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO        | FECHA VENC. PODER |
|                   |               |                 |                   |

**Declaro que la firma que antecede ha sido realizada ante mi presencia y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mi:**

FIRMA SECRETARIO SECCIONAL / SUBSECCIONAL .....



**SiReLyF**  
SINDICATO REGIONAL  
DE LUZ Y FUERZA

SECCIONAL / SUBSECCIONAL .....

Nº AFILIADO .....

APELLIDO.....

NOMBRES .....

**Documentación obligatoria a adjuntar a la solicitud:**

Fotocopia Documento Identidad TITULAR

Fotocopia Documento Identidad APODERADO

FIRMA AFILIADO .....

FORM  
B5

## APODERADO COBRO JUBILACIÓN/ PENSIÓN (SOLICITUD DE ALTA O MODIFICACIÓN)

FECHA / /

[www.sirelyf.org](http://www.sirelyf.org)

**SOLICITO A TRAVÉS DE LA PRESENTE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE MI APODERADO PARA EL COBRO DE MI JUBILACIÓN / PENSIÓN.**

|                   |               |                 |                   |
|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE | PARENTESCO    | TIPO Y NRO. DNI | NACIONALIDAD      |
|                   |               |                 |                   |
| DOMICILIO         | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO        | FECHA VENC. PODER |
|                   |               |                 |                   |

**Declaro que la firma que antecede ha sido realizada ante mi presencia y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mi:**

FIRMA SECRETARIO SECCIONAL / SUBSECCIONAL .....