

(A cumplimentar por la Delegación de la M.U.F.A.C.E.)  
Número de afiliación

--

Cumplimente por triplicado los datos que figuran a continuación. Dos ejemplares quedarán en poder de la Unidad de Personal o Delegación Provincial de su Ministerio de destino. Persónese seguidamente, con el tercer ejemplar, en la Delegación Ministerial o Provincial de la MUFACE que procederá a su afiliación a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, o a la actualización de su situación mutualista.

A CUMPLIMENTAR POR EL INTERESADO

DATOS PERSONALES	PRIMER APELLIDO
	SEGUNDO APELLIDO
	NOMBRE

DATOS PROFESIONALES	MINISTERIO
	CENTRO O DEPENDENCIA
	PROVINCIA
	MUNICIPIO

<p>¿Pertenece alguna vez a MUFACE?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>- En caso afirmativo:</p> <p>Nº. de incorporación:</p> <p>Explique el motivo por el que perteneció:</p> <p>Explique el motivo por el que dejó de pertenecer:</p>	<p>¿Pertenece a MUFACE?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>- En caso afirmativo:</p> <p>Nº. de incorporación:</p> <p>Explique el motivo por el que ya pertenece:</p>
---	---

Sevilla, a

de

de 20

(Firma)

A CUMPLIMENTAR POR EL DEPARTAMENTO MINISTERIAL

D.

CERTIFICO: Que D.

Funcionario del Cuerpo de  
Nº. Registro de Personal \_\_\_\_\_, ha tomado posesión el día de  
de \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_, en este Departamento, siendo destinado a:

Provincia:

Municipio:

MOTIVO:

Ingreso  Reingreso  Comienzo de las prácticas

Pase a Activo de la situación de Supernumerario

Cambio de Cuerpo

Cuerpo anterior:

Nº. Registro Personal anterior:

Para que conste ante la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado,  
extiendo el presente certificado en Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_