

FICHA DE AFILIACIÓN

FECHA: _____ REGIONAL: _____

DATOS PERSONALES

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

GÉNERO: _____

DNI: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____

DOMICILIO (Calle- N.º-Ciudad): _____

TELEFONO (Código de área-teléfono): _____

DESEA RECIBIR INFORMACIÓN POR WAPP: _____ EMAIL: _____

DATOS LABORALES

ESTABLECIMIENTOS (N.º escuela1, N.º escuela 2 u oficinas):

ESC.: _____ CARGO: _____ NIVEL: _____

ESC.: _____ CARGO: _____ NIVEL: _____

ESC.: _____ CARGO: _____ NIVEL: _____

FECHA DE INGRESO EN LA DOCENCIA: _____

JUBILADO/A: SI/NO _____

AUTORIZACION DESCUENTO

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

A efectos de mi afiliación a la Asociación de Trabajadores de la Educación de Chubut, autorizo se me descuenta de mis haberes el porcentaje establecido para cuota sindical y social.

FIRMA: _____

RESERVADO JUNTA EJECUTIVA

ACLARACION: _____ DNI: _____
RESERVADO PARA LA JUNTA EJECUTIVA

SE ACEPTA LA AFILIACIÓN (Si/No):

FECHA ACEPTACIÓN: _____

MOTIVO DE LA NO ACEPTACION: _____

FIRMA SECRETARIO

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE _____

DNI: _____

Recibido por:
(Aclaración y firma de quien recibe)

Lugar y Fecha: _____

TODOS LOS DATOS APORTADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. CONSERVE ESTE COMPROBANTE.