



*campos obligatorios

DATOS PERSONALES

*Apellido y Nombre:				*Nº Legajo:
*Fecha de Nacimiento:			Estado Civil:	
*Tipo y Nº Doc.:			Domicilio:	
Nº:	Piso:	Dept.:	Provincia:	
Localidad:		C. P.:		*Teléfono:
*Celular/Otro:		*Correo Electrónico:		
Nº de CBU:				

LUGAR DE TRABAJO

Edificio/Udai:		Localidad:	
Domicilio:		Nº:	C. P.:
Teléfono:		Correo Electrónico:	
Gerencia:		Area o Udai:	
Cargo o Función:		Categoría:	
(*) Planta Permanente		(*) Planta Transitoria	

(*) Marque con (X) lo que corresponda

DATOS FAMILIARES

Datos de Esposa y/o Esposo o (Conviviente)			
Apellido y Nombre:			
Tipo y Nº Doc.:		Fecha de Nacimiento:	
Familiares			
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Doc.	Fecha de Nacimiento	*Parentesco

Autorizo a la Administración Nacional de Seguridad Social a que del importe total mensual que percibo, se me descuento el 3 % en calidad de afiliado a esta Asociación Sindical. Por la presente declaro que los datos expuestos con anterioridad, son fieles y veraces, otorgando mi total consentimiento.

*Fecha de presentación: / /

.....

*Firma y aclaración