



**SINDICATO DE
TRABAJADORES DE
ENFERMERIA**

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FECHA :/...../20.....

Av. Rivadavia 3518 - 2º Piso - C.A.B.A. - TEL: (011) 11-6053-0348

Por la presente solicito se acepte mi afiliación a esta Organización Gremial, declarando conocer el estatuto y disposiciones legales vigentes, autorizando el descuento mediante débito bancario por CBU en concepto de cuota de afiliación y se me brinden los beneficios correspondientes.

A tal fin detallo los datos personales y laborales pertinentes.

I.G. Nº 3030

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:		NACIONALIDAD:
TIPO Y Nº DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	ESTADO CIVIL:
CUIL:	CBU/ALIAS:	
DOMICILIO Y Nº:	PISO:	DEPTO.:
CIUDAD/LOCALIDAD:	C.P.:	
ESTADO O PROVINCIA:	PARTIDO :	
E-MAIL:	TEL. PART.:	CELULAR:

DATOS LABORALES

EMPRESA O RAZÓN SOCIAL:		
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA: SALUD		
DOMICILIO LABORAL:	CÓDIGO POSTAL:	
CUIT EMPLEADOR:		
PROFESIÓN:	MN:	MP:

USO EXCLUSIVO DE SITRE

AFILIADA/O Nº :	CÓDIGO ORGANISMO:	CÓDIGO DELEGACIÓN:
FIRMA AFILIADA/O	FIRMA SECRETARIA/O GENERAL	FIRMA COMISIÓN DIRECTIVA

Dejo expresa constancia que de solicitar en un futuro mi desafiliación, lo haré mediante nota individual presentada en forma personal ante la entidad gremial, o bien por carta documento individual (no colectiva) de acuerdo a lo expresado en la Ley 23551 de Asociaciones Sindicales. Así mismo adjunto fotocopia de recibo de haberes, matrícula y DNI.