

Solicitud de Afiliación



Por la presente solicito se acepte mi afiliación a esta organización gremial, declarando conocer su Estatuto y disposiciones legales vigentes, a las que ajustaré mi aceptación. A tal fin, detallo los datos personales y laborales pertinentes:

Datos Personales:

Apellido/s:

Nombre/s:

Nacionalidad:

Nº DNI:

Tel. Contacto:

Género:

Estado civil:

Fecha Nac.:

Domicilio (Calle y Nº):

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

E-Mail:

Estudios:

Título / Carrera:

Datos Laborales:

Nº de Legajo:

Organismo que liquida su haber:

Nº de CUIL:

Organismo donde trabaja:

Domicilio del lugar de trabajo: (Calle y Nº)

Localidad:

Motivo de Afiliación: (Marcar todo lo que corresponda)

Obra Social:

Dejo expresa constancia que de solicitar en el futuro mi desafiliación, lo haré mediante nota individual presentada personalmente ante la entidad gremial, o bien, por telegrama o carta documento individual (no colectiva); ello en un todo de acuerdo a lo reglamentado por la Ley Nº23.551, su Decreto Reglamentario y su Estatuto Social a fin de garantizar la expresa voluntad del afiliado.

La condición de afiliado a la UPCN Seccional Trabajador@s Públicos Nacionales y del Gobierno de la CABA, se adquirirá plenamente a partir de la constancia en el Recibo de Haberes del Descuento correspondiente a la Cuota Sindical y Coseguro Social. A fin de verificar la información requerida se debe acompañar a la presente ficha de afiliación la fotocopia del último recibo de sueldo.

Declaro conocer y aceptar las normas vigentes para el uso de los servicios al momento de requerir los mismos.

Datos del Afiliado:

Firma:

Aclaración:

Nº DNI:

Datos del Delegado:

Firma:

Aclaración:

USO EXCLUSIVO UPCN:

Nº de Afiliado

Fecha Alta

Cod. Organismo

Cod. Edficio

Cod. Delegación

GRUPO FAMILIAR



DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

CONYUGE

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 1

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 2

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 3

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 4

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 5

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 6

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 7

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad?

FECHA NACIMIENTO: