



DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

D.N.I.: CUIL:

Domicilio particular:

Celular:Fecha de Nac:...../...../.....

E-mail:

Matricula N°: Especialidad:

Lugar de Trabajo:.....

GRUPO FAMILIAR

Se le recuerda al afiliado, que los datos consignados revisten el carácter de declaración jurada, por lo tanto, tiene la obligación de informar cualquier modificación que ocurra, acompañada de la documentación respaldatoria, ej.: Partida de nacimiento, Disposición judicial de familiar a cargo, etc.

Firma:

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I.	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

En mi carácter de afiliada/o al Sindicato de Profesionales de la Salud, AUTORIZO se realice el descuento correspondiente de mis haberes, los cuales percibo por medio del Banco de Tierra del Fuego, en concepto del porcentaje establecido como cuota sindical.

Firma.

Fecha:

Se acepta la afiliación: SI / NO

FICHA DE AFILIACIÓN N°