

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 actuación. A tal fin, detallo los datos personales y laborales pertinentes:

Datos Personales:

Apellido/s:

Nombre/s:

Nacionalidad: N° DNI: Tel. Part.:

Sexo: F M Estado civil: Fecha Nac.:
Día Mes Año

Domicilio (Calle y N°):

Cod. Postal: Localidad:

Provincia: E-Mail:

Estudios: Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado
(Marcar todo lo que corresponda)

Título/Carrera:
(Sólo para estudios terciarios y/o universitarios)

Datos Laborales:

N° de Legajo: Organismo que liquida su haber:

N° de CUIL: Organismo donde trabaja:

Domicilio del lugar de trabajo: (Calle y N°)

Localidad:

Dejo expresa constancia que de solicitar en el futuro mi desafiliación, lo hare 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 N°23.551, su Decreto Reglamentario y su Estatuto Social a fin de garantizar la expresa voluntad del afiliado.

La condición de afiliado a la UPCN Seccional Capital Federal y Empleados Públicos Nacionales 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:

Datos del Delegado:

Firma:

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

N° DNI:

USO EXCLUSIVO UPCN:

N° de Afiliado Fecha Alta Cod. Organismo Cod. Edificio Cod. Delegación