

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:	☐ Primario		☐ Secundario		☐ Terciario		☐ Universitario		☐ Posgrado																						
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)																															
☐ Gremiales ☐ Benef. Sociales ☐ Benef. Económicos ☐ Otros																															
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. Edeficio

Cod. Delegación

GRUPO FAMILIAR



DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

CONYUGE

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 1

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 2

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 3

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 4

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 5

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 6

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO:

HIJO 7

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

Posee alguna discapacidad? SI ☐ No ☐

FECHA NACIMIENTO: