

# 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: