



Asociación de Médicos de la República Argentina
 Avda. Independencia 1253 6º B . C1099AAM . C.A.B.A. . Buenos Aires .
 Web: www.sindicatomedico.org.ar . E- mail: infoamra@sindicatomedico.org.ar

"Donde haya un médico trabajando, estará nuestro sindicato"

Personería Gremial Nº 1585

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SINDICATO MÉDICO

AFILIADO Nº

(Ley 23551)

ATENCIÓN: COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA -LEGIBLE- TODOS LOS ESPACIOS, SIN DEJAR BLANCOS

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres..... MN..... MP.....
 Tipo y Nº de Documento..... Nº CUIL.....
 Nacionalidad..... Fecha de Nacimiento...../...../..... Lugar de Nacimiento.....
 Domicilio Particular..... Piso..... Dpto..... Localidad..... C.P.....
 Partido o Departamento..... Provincia..... Tel..... Cel.....
 Estado civil..... E-mail.....
 Graduado en la Universidad de..... Provincia.....
 Fecha de Graduación...../...../..... Especialidad..... Residente SI / NO Vcto. Residencia.....

DATOS DE LA FAMILIA

Cónyuge o Pareja..... Sexo: M / F F. Nacimiento...../...../..... DNI.....
 Hijo/a..... Sexo: M / F F. Nacimiento...../...../..... DNI.....
 Hijo/a..... Sexo: M / F F. Nacimiento...../...../..... DNI.....
 (en caso de tener más hijos, por favor aclarar sus datos al dorso, gracias)

INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIOS

Municipal:(nombre completo del establecimiento).....
 Domicilio:..... Fecha de Ingreso:...../...../.....
 Partido o Depto.:..... Pcia..... C.P.:..... Tel.: (.....)
 Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino) N° de LEGAJO:.....
Provincial:(nombre completo del establecimiento).....
 Domicilio:..... Fecha de Ingreso:...../...../.....
 Partido o Depto.:..... Pcia.:..... C.P..... Tel.: (.....)
 Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino) N° de LEGAJO:.....
Nacional:(nombre completo del establecimiento).....
 Domicilio:..... Fecha de Ingreso:...../...../.....
 Partido o Depto.:..... Pcia.:..... C.P..... Tel.: (.....)
 Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino) N° de LEGAJO:.....
Privado:(nombre completo del establecimiento).....
 Domicilio:..... Fecha de Ingreso:...../...../.....
 Partido o Depto.:..... Pcia.:..... C.P..... Tel. (.....)

El solicitante aclara conocer el Estatuto de la Entidad comprometiéndose a respetar y hacer respetar el mismo, así como las disposiciones y/o resoluciones dictadas por los órganos de la Asociación y autoriza que se efectúe el descuento de la cuota sindical correspondiente.

..... de de.....

Firma, Aclaración y SELLO