



"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.: (.....)
Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino) N° de LEGAJO:

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