



## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Lugar y fecha:.....de.....20.....

### DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRES									
DOMICILIO: CALLE			NUMERO		PISO	DTO	TELEFONO / FAX		
LOCALIDAD			CODIGO POSTAL		PROVINCIA			E-MAIL	
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		C.I. - L.E. - L.C. - D.N.I.
F	M	DIA	MES	AÑO		SOLT	CAS	VIUD	OTRO

### FUNCIONES DOCENTES

ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO	LOCALIDAD	C. P.	CARGO	TURNO	SIT. REVISTA

### FAMILIARES A EXCLUSIVO CARGO DEL AFILIADO (no Obligatorio)

APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	SEXO	DOCUMENTO	
				TIPO	NUMERO

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Por la presente, autorizo al SINDICATO UNIDO DE EDUCADORES TÉCNICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA, proceda al descuento de la cuota sindical determinada por Asamblea y establecida por ley.

Saluda a Ud. Muy atentamente

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....

D.N.I.:.....

NOTA: Los datos consignados en la presente revisten carácter de declaración jurada. Completar a maquina o con letra tipo imprenta. Enviar a: [suetra@suetra.org.ar](mailto:suetra@suetra.org.ar) o [suetra\\_salta@hotmail.com](mailto:suetra_salta@hotmail.com)