U P C N

25 DE MAYO 26 - 4400 SALTA

UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION

SECCIONAL SALTA
PERSONERIA GREMIAL 95
ADHERIDA A C.G.T.
25 DE MAYO 26 – SALTA CAPITAL – C.P. 4400 – TELEFONOS: (0387) 4217170 – 4317524 – 4220379
Web: www.upcndigital.org/salta/ - Facebook: upcnsalta

REPUBLICA ARGENTINA

SOLICITUD DE AFILIACION

Lugar y Fecha:..... ..... de ..... de .....-

Quien suscribe solicito se acepte mi afiliación a esta organización gremial, declarando conocer su Estatuto y disposiciones legales vigentes, a las que ajustaré mi actuación. A tal fin, detallo los siguientes datos pertinentes:

DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	NACIONALIDAD	DNI Nº	SEXO	ESTADO CIVIL
DIA	MES	AÑO					

DOMICILIO						
CALLE	Nº	PISO	DTO.	BARRIO	MUNICIPIO	C. P.

TELEFONO				EMAIL
CODIGO	FIJO	CELULAR	OTRO	

ESTUDIOS CURSADOS				
PRIMARIO ☐	SECUNO. ☐	TERCIARIO ☐	UNIVERSIT. ☐	TITULO:

DATOS LABORALES:

MINISTERIO O MUNICIPALIDAD	REPARTICION

FECHA DE INGRESO			FUNCION	DOMICILIO DE REPARTICION		
DIA	MES	AÑO		CALLE	Nº	LOCALIDAD

TELEFONO DE REPARTICION	Nº DE CAJA DE AHORRO	Nº DE C.B.U.

DATOS DE PERSONAS A CARGO:

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO			D.N.I. Nº
		DIA	MES	AÑO	

COSEGURO: SI ◯ NO ◯

Doy Fe y me responsabilizo de la exactitud de los datos arriba proporcionados.

Autorizo a la Unión del Personal Civil de la Nación Seccional Salta a realizar los descuentos correspondientes a Cuotas y Aportes Sindicales según normativas vigentes.

Dejo expresa constancia que de solicitar en el futuro mi desafiliación, lo hare mediante nota presentada ante la entidad gremial o bien por telegrama o carta documento en forma individual (no colectiva); ello en un todo de acuerdo a lo reglamentado por la Ley Nº 23.551, Decreto Reglamentario y su Estatuto Social a fin de garantizar la expresa voluntad del afiliado.

La condición de afiliado a la U.P.C.N. Seccional Salta se adquirirá plenamente a partir de la constancia en el Recibo de Haberes del Descuento correspondiente a la Cuota Sindical y Coseguro Social a partir del tercer descuento. 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 y prestaciones cubiertas por el Coseguro al momento de requerir los mismos.

FIRMA Y ACLARACION .....

PARA USO INSTITUCIONAL

FECHA DE ALTA			FIRMA Y ACLARACION DEL DELEGADO O ENCARGADO	V°B° COMISION DIRECTIVA