

Sindicato de Profesionales Universitarios de la Sanidad de la Provincia de Santa Fe

FICHA DE AFILIACIÓN

Nº

(completado por Si.Pr.U.S)

Apellidos y Nombres:

Fecha de Nac.:

Nacionalidad:

Estado Civil:

DNI Nº:

Lugar de Trabajo :

Profesión :

Matrícula :

Situación de Revista

Domicilio Particular :

Teléfono :

Domicilio Profesional :

Teléfono :

E-mail :

Teléfono Celular :

Por la presente solicito mi inscripción al Sindicato de Profesionales Universitarios de la Sanidad de la Provincia de Santa Fe, declaro conocer los estatutos y al mismo tiempo autorizo al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Municipalidad respectiva o empleador, según corresponda, a retener la cuota sindical que fijen los organismos estotutarios.

Fecha,

Firma Testigo :

Firma :