



# ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA FILIAL RIO CUARTO

## *Verde y Blanca Conducción*

### • DATOS DEL AFILIADO

fecha:..../..../.....

Apellido: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_.

Documento Tipo/Nro.: \_\_\_\_\_ Fecha de naci: \_\_\_\_\_.

Domicilio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_.

Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_.

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel.: (\_\_\_\_)-15 \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_.

Estudios Cursados: \_\_\_\_\_.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_.

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_.

Fecha de ingreso al lugar de Trabajo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Aporte al gremio:  SI  NO  Coseguro:  SI  NO

Obra Social: O.S.P.S.A.:  SI  NO

### • GRUPO FAMILIAR

Parentesco	Nombre y apellido	N° de DNI	Fec.Nacimiento	ESTUDIOS			
				primario	Secundario	Universitario	posgrado
<b>Conyugue</b>							
<b>Hijo/a</b>							
<b>Hijo/a</b>							
<b>Hijo/a</b>							

Algún Integrante con Capacidades diferentes:  SI  NO

Tipo: \_\_\_\_\_.

● **DATOS DE VIVIENDA**

Vivienda propia:  SI  NO Alquilada:  SI  NO Prestada:  SI  NO

---

● **AFILIACION AL SINDICATO**

Al Sr. Administrador de:.....

Me dirijo a Ud. A efecto de comunicarle mi conformidad en AFILIARME a la ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA RIO CUARTO, y autorizar a que me descuenta de mis haberes mensuales un 1.5% para la cuota sindical.

.....

Firma del afiliado

---

● **SERVICIO SOCIAL SOLIDARIO**

Al Sr. Administrador de:.....

Me dirijo a Ud. A efectos de comunicarle mi conformidad en AFILIARME al SERVICIO SOCIAL SOLIDARIO que dispone ATSA- Filial Rio Cuarto, y autorizar a que se me descuenta de mis haberes mensuales 2% en concepto de cuota de afiliación, independiente de la cuota sindical.

.....

Firma del afiliado

---

● **SUGERENCIAS**

---

---

---

---

---

---

