

**SITRASAP**

Inscripción Gremial 2903

Of. Libertad 307 – Santa Rosa- La Pampa

Mail: [sitrasaplapampa@hotmail.com](mailto:sitrasaplapampa@hotmail.com) – Facebook: **Sitrasap**

Tel.: 02954-773595



FICHA DE AFILIACIÓN Nº: ..... FECHA DE AFILIACIÓN: ...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... NACIONALIDAD: .....

D.N. I: ..... ESTADO CIVIL: .....

ESTABLECIMIENTO AL QUE PERTENECE: .....

LEGAJO Nº: ..... AFILIADO Nº: .....

PROFESIÓN O ACTIVIDAD: ..... SITUACIÓN DE REVISTA: .....

DOMICILIO PARTICULAR: .....

LOCALIDAD: ..... C.P: .....

TELÉFONO FIJO Nº: .....CELULAR: .....

DOMICILIO PROFESIONAL: ..... C. P: ..... TEL. Nº: .....

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: .....

Por la presente solicito la inscripción al Sindicato de los Trabajadores de la Salud Pampeana (Si.Tra.Sa.P), declaro conocer los estatutos y al mismo tiempo autorizo al organismo de aplicación que corresponda, a retener la cuota sindical que fijan los organismos estatutarios.

..... Firma del Afiliado

..... Aclaración