

Número de Afiliado

**Importante:** los datos serán los que figuran en su recibo de sueldo. Adjunte una fotocopia del mismo, deseamos evitarle contratiempos.

APELLIDO y NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXO:  F  M ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ COD. POSTAL: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_

TEL. PART.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ MINISTERIO: \_\_\_\_\_

DOM. LABORAL: \_\_\_\_\_ TEL. LAB.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_

NIVEL: \_\_\_\_\_ FUNCION: \_\_\_\_\_

SIT. REVISTA: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo, a partir de la fecha a que se efectúe sobre mis haberes, todo descuento que surja de órdenes firmadas por mí y presentadas por UPCN-Seccional Santa Fe, cualquiera sea el concepto que origine el descuento.

Asimismo, eximo de toda responsabilidad al organismo liquidador y/o pagador de la Administración Provincial, que pudiese surgir como consecuencia de la presente autorización, atento que revisten el carácter de meros liquidadores y/o agentes pagadores.

Conforme lo expuesto, estoy en conocimiento que debo mantener mi afiliación al Sindicato por un período mínimo de doce meses a partir de que se me efectúe el primer descuento de la correspondiente cuota sindical.

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_