

Solicitud de Afiliación / Reafiliación



Completar sin enmiendas con letra imprenta

Afiliado Directo: Datos Personales

Doc. de Identidad (*):

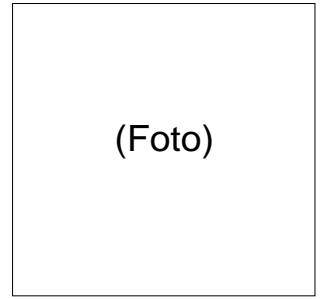
Apellido (*):

Nombres (*):

Apellido de Casada:

Fecha Nacimiento (*): Nacionalidad (*): Sexo (*):

Soltero/a: Casado/a: Separado/a: Viudo/a: De hecho:



(*) Datos consignados según documento de identidad.

Domicilio: Calle: Nro: Orient:

Piso: Dpto: Monoblock:

Barrio: Manzana:

Localidad:

Departamento: Cód. Postal:

Teléfonos: Celular:

Correo Electrónico:

Datos Laborales:

Activos:

Centro: Sector: Categ:

Clase: Régimen: Padrón:

Escuela:

Fecha presunta de baja (en caso de ser suplente):

Jubilados:

Nro de Beneficio:

Inactivos:

Por la presente decisión de afiliarme, asumo a todos los efectos que corresponde, que soy titular de todos los derechos y obligaciones prescriptos en el Estatuto de la Entidad Gremial, instrumento que en este acto se pone a mi disposición.

Nota:

Se deberá adjuntar a la presente:

- Fotocopia de 1º y 2º hoja del documento de identidad.
- Fotocopia del último recibo de sueldo.
- En el caso de ser suplente, fotocopia de la resolución de designación.

Por la presente certifico que:

se ha afiliado a la entidad, debiendo el presente ser reemplazado por el carnet a los 30 días.

Responsable:

Socio N°:

Fecha:

Firma: _____

Afiliados Indirectos:

Parentesco	Apellido (de soltera)	Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento
Cónyuge				
Hijo/a o persona acreditada a cargo(*)				
Habilitados (**)				

(*) Hasta 21 años de edad (26 años si acredita condición de estudiante)

(**) Habilitado para acceder al camping (sólo para los afiliados directos que no tienen cónyuge ni hijos)

Autorización

El/la que suscribe:

autoriza al Ministerio de Educación o Repartición que corresponda, a descontar de sus haberes las sumas que correspondan a la Cuota Gremial, Créditos y/u otros beneficios que obtuviere por intermedio de UDAP, **obligándose a comunicar el cambio que se produzca en una situación de revista (incluida su jubilación) dentro de los diez (10) días de producidos.**

San Juan, de de

Firma (dentro del recuadro)

Reservado para Area de Afiliaciones de UDAP

Socio N°:

Responsable: Fecha:

Por la presente decisión de afiliarme, asumo a todos los efectos que corresponde, que soy titular de todos los derechos y obligaciones prescriptos en el Estatuto de la Entidad Gremial, instrumento que en este acto se pone a mi disposición.