



A.P.U.T.N.

ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL

PERSONERÍA GREMIAL N° 1460/88 ENTIDAD ADHERIDA A F.A.T.U.N.

SARMIENTO 517 6TO. PISO CAPITAL FEDERAL C.P. 1041 TEL/FAX 4394-4224/ 0348

- AVELLANEDA
- BAHÍA BLANCA
- BUENOS AIRES
- CHUBUT
- C. DEL URUGUAY
- CONCORDIA
- CÓRDOBA
- DEL NEUQUÉN
- DELTA
- GRAL. PACHECO
- HAEDO
- I.N.S.P.T.
- LA RIOJA
- LA PLATA
- MAR DEL PLATA
- MENDOZA
- PARANÁ
- RAFAELA
- RECONQUISTA
- RECTORADO
- RESISTENCIA
- ROSARIO
- SAN FRANCISCO
- SAN NICOLÁS
- SAN RAFAEL
- SANTA CRUZ
- SANTA FE
- TIERRA DEL FUEGO
- TRENQUE LAUQUEN
- TUCUMÁN
- VENADO TUERTO
- VILLA MARÍA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Al Señor Rector de la
Universidad Tecnológica Nacional
S / D

Me dirijo a usted, a efectos de poner en su conocimiento, mi afiliación a la Asociación del Personal de la Universidad Tecnológica Nacional (A.P.U.T.N.), a partir de la fecha presente.

En tal sentido, solicito a usted, que de acuerdo con las reglamentaciones vigentes, se me realicen los descuentos correspondientes, en concepto de CUOTA SINDICAL, a favor de la citada entidad gremial.

Lugar y fecha:

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Apellido/s y Nombre/s:
Número de D.N.I.: Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio: Calle: N°: Piso: Dpto:
Localidad: C.P.: Provincia: Tel:
Nacionalidad: Estado civil:
Número de Legajo: Facultad Regional:
Fecha de Ingreso:/...../..... Cargo / Categoría:
Estudios Cursados:
Dirección de e-mail (*):
Banco (*): **Número de cuenta (*)**:

DATOS DE LOS FAMILIARES (a su cargo)

Del/La esposo/a

Apellido/s y Nombre/s:
Número de D.N.I.:

Del/La hijo/a

Apellido/s y Nombre/s:
Número de D.N.I.: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Del/La hijo/a

Apellido/s y Nombre/s:
Número de D.N.I.: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Del/La hijo/a

Apellido/s y Nombre/s:
Número de D.N.I.: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Declarar si tiene otro familiar a cargo (madre, padre, etc. Adjuntar fotocopia, constancia judicial)

Apellido/s y Nombre/s: Parentesco:
Número de D.N.I.: Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio: Calle: Localidad:

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO (titular)

Apellido/s y Nombre/s:
Número de D.N.I.: Teléfono:
Domicilio: Calle: Localidad:

PARA SER LLENADO POR LA ASOCIACIÓN

N° de Afiliado: Fecha de Ingreso:/...../.....

(*) Campos obligatorios.

.....
Firma Afiliado