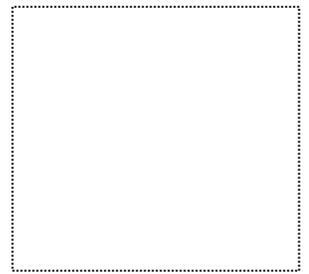




Sindicato de Trabajadores
de Prensa
Personería Gremial N° 1880
www.sitrapren.com.ar
@sitrapren



SOLICITUD DE AFILIACIÓN	CATEGORÍA		N° Legajo _____ Fecha de Ingreso _____
	<input type="checkbox"/> ACTIVO	<input type="checkbox"/> ADHERENTE	
	<input type="checkbox"/> COLABORADOR	<input type="checkbox"/> JUBILADO	

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombres: _____	
Nacionalidad: _____	Fecha de Nacimiento: _____
DNI/LC/CI: _____	Estado Civil: _____
Matricula Profesional de Periodista: _____	Edad: _____
Domicilio: _____	
Localidad: _____	CP: _____ TEL.: _____
EMPLEADOR	CODIGO: _____
Empresa: _____ Publicación/Medio: _____	
Dirección: _____	
Localidad: _____	CP: _____ TEL.: _____
Fecha de Ingreso: _____	Categoría Laboral: _____
CUIT TRABAJADOR N°: _____	
CÓNYUGE	
Apellido y Nombres: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	DNI/LC/CI: _____ Edad: _____
HIJOS/AS	
Nombres: _____	
- Fecha de Nacimiento: _____	DNI: _____ Edad: _____
Nombres: _____	
- Fecha de Nacimiento: _____	DNI: _____ Edad: _____
Nombres: _____	
- Fecha de Nacimiento: _____	DNI: _____ Edad: _____
Nombres: _____	
- Fecha de Nacimiento: _____	DNI: _____ Edad: _____
<i>Compañero Secretario General:</i> <i>Conozco los estatutos y propósitos del Sindicato de Trabajadores de Prensa. Solicito que se me acepte como afiliado/a.</i> <i>Acepto que Télam S.E. actúe como agente de retención de la cuota sindical del SITRAPREN.</i>	
----- Firma	
APROBADO <input type="checkbox"/>	CESE
RECHAZADO <input type="checkbox"/>	
_____ SECRETARIO GENERAL	