



SINDICATO UNIDO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia.

Web: www.sutyo.com.ar

E-mail: info@sutyo.com.ar

Inscripción Gremial N° 3123

SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACION A SUTYO

Afiliado N°:

(COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE)

Apellido/s y Nombre/s:
MN: MP:
Correo Electrónico:
Fecha de Nacimiento:/...../..... Lugar de Nacimiento:
Tipo y Nro de Documento:
C.U.I.L./C.U.I.T. N°:
Nacionalidad:
Estado Civil:
Teléfono celular: Teléfono fijo:
Domicilio Particular: N° Piso Dto:
Localidad: C.P.: Partido: Pcia:
Titulo Expedido por Universidad: Fecha Graduación:/...../.....
Titulo Especialista Expedido por:

INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIOS

Nombre completo del establecimiento y/o Institución:
C.U.I.T N°: Tel: (...).
Fecha de Ingreso:/...../.....
Domicilio:
Localidad: C.P.: Partido: Pcia:
Forma de Contratación: Relación de Dependencia: . . . Contratado / Facturación. . . . Otros . . .

Nombre completo del establecimiento y/o Institución:
C.U.I.T N°: Tel: (...).
Fecha de Ingreso:/...../.....
Domicilio:
Localidad: C.P.: Partido: Pcia:
Forma de Contratación: Relación de Dependencia: . . . Contratado/Facturación. . . . Otros. . . .

Nombre completo del establecimiento y/o Institución:
C.U.I.T N°: Tel: (...).
Fecha de Ingreso:/...../.....
Domicilio:
Localidad: C.P.: Partido: Pcia:
Forma de Contratación : Relación de Dependencia: . . . Contratado/Facturación. . . . Otros. . . .

El solicitante declara en carácter de DDJJ la veracidad de todos los datos consignados y manifiesta conocer el Estatuto de la Entidad comprometiéndose a respetar y hacer respetar el mismo, así como las disposiciones y/o resoluciones dictadas por los órganos de la Entidad, autorizando a que se efectúe el descuento de la cuota sindical correspondiente. La información aportada se encuentra resguardada por la Ley 25326 de Protección Integral de Datos Personales.

Lugar y Fecha:, de de

Firma, Aclaración y Sello