

**SOCIO Nº**

Apellido y Nombres:					
Fecha de Nacimiento: / /		Estado Civil:		DNI Nº :	
Nacionalidad:		T.E.:		Cel: -	
Domicilio:				Nº	Piso:
Localidad:		Provincia:		C.P. Nº	
E-mail:				CUIL Nº : - -	
Instagram: otra red:					

Establecimiento	Domicilio	Localidad	C.P.	Cargo	Turno	Situación

Ingreso a la docencia:..... /..... /.....	Titulos:.....

Con la aceptacion de la presente, autorizo al Sr. Secretario de Administracion y Actas, se proceda al descuento en forma automatica de la cuota sindical determinada por la Asamblea y establecida por Ley

Chubut, de de 20 .-

Firma



San Martín 887 8° piso - 9000 - Comodoro Rivadavia - Chubut
Tel: 297-4086444 // 297-4217868- E-mail: ametregionalchubut@gmail.com