



"Donde haya un médico trabajando, estará nuestro sindicato"

Personería Gremial Nº 1585

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SINDICATO MÉDICO

AFILIADO Nº.....

(Ley 23551)

**ATENCIÓN: COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA -LEGIBLE- TODOS LOS ESPACIOS, SIN DEJAR BLANCOS**

| DATOS PERSONALES                     |   |
|--------------------------------------|---|
| Apellido y Nombres.....              | MN..... MP.....   |
| Tipo y Nº de Documento.....          | Nº CUIL.....  |
| Nacionalidad.....                    | Fecha de Nacimiento...../...../..... Lugar de Nacimiento..... |
| Domicilio Particular.....            | Piso..... Dpto..... Localidad..... C.P.....                   |
| Partido o Departamento.....          | Provincia..... Tel..... Cel.....                              |
| Estado civil.....                    | E-mail.....   |
| Graduado en la Universidad de.....   | Provincia.....  |
| Fecha de Graduación...../...../..... | Especialidad.....   |

| DATOS DE LA FAMILIA |             |                                      |          |
|---------------------|-------------|--------------------------------------|----------|
| Cónyuge o Pareja    | Sexo: M / F | Fecha de Nacimiento...../...../..... | DNI..... |
| Hijo/a              | Sexo: M / F | Fecha de Nacimiento...../...../..... | DNI..... |
| Hijo/a              | Sexo: M / F | Fecha de Nacimiento...../...../..... | DNI..... |

| INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIOS                          |  |
|---|--|
| <b>Municipal:</b> (nombre completo del establecimiento).....  |  |
| Domicilio: .....  | Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....  |
| Partido o Depto.: .....                                       | Pcia. .... C.P.: ..... Tel.: (.....)   |
| Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)        | Nº de LEGAJO: .....                    |
| <b>Provincial:</b> (nombre completo del establecimiento)..... |  |
| Domicilio: .....  | Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....  |
| Partido o Depto.: .....                                       | Pcia.: ..... C.P.: ..... Tel.: (.....) |
| Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)        | Nº de LEGAJO: .....                    |
| <b>Nacional:</b> (nombre completo del establecimiento).....   |  |
| Domicilio: .....  | Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....  |
| Partido o Depto.: .....                                       | Pcia.: ..... C.P.: ..... Tel.: (.....) |
| Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)        | Nº de LEGAJO: .....                    |
| <b>Privado:</b> (nombre completo del establecimiento).....    |  |
| Domicilio: .....  | Fecha de Ingreso: ..... /..... /.....  |
| Partido o Depto.: .....                                       | Pcia.: ..... C.P.: ..... Tel.: (.....) |
| Relación de dependencia: Si / No (contratado/interino)        | Nº de LEGAJO: .....                    |

El solicitante aclara 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 Asociación y autoriza que se efectúe el descuento de la cuota sindical correspondiente.

..... de ..... de.....

Firma, Aclaración y SELLO

C.A.B.A., .....de.....de.....

Señores  
 Presente  
 De mi consideración:

Por medio de la presente AUTORIZO Y PRESTO CONFORMIDAD, a que, a partir de la fecha, sea descontado de mis haberes mensuales, el 2% (dos por ciento), en concepto de cuota sindical con destino a la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), con Personería Gremial Nº 1.585 con domicilio en Chacabuco 361 5º "F" C.A.B.A., en razón de encontrarme afiliado a la misma.  
 Sin otro particular, saludo atentamente.

Firma del agente:  
 Apellido y Nombre:  
 Legajo Nº  
 D.N.I

ESPECIFICAR CON UN "\*" DE QUÉ LUGAR DE TRABAJO DESEA SE LE REALICE EL DESCUENTO DE LA CUOTA SINDICAL