



FICHA de AFILIACIÓN / Escribir con letra imprenta
Datos personales / laborales

Seccional:			
Apellidos y Nombres:			
Tipo y N° Documento:			
Domicilio:		Código Postal:	
Localidad:		Provincia:	
Nacionalidad:		Estado Civil:	
Fecha de Nacimiento:		Género:	
Persona con discapacidad (marcar)	SÍ	NO	
Teléfono particular:		Teléfono celular:	
Correo electrónico:			
Profesión:			
Ministerio:		Secretaría:	
Repartición:		Fecha de ingreso:	
Convenio Laboral:		Teléfono laboral:	
N° de Legajo:		N° de Jubilado/a:	

DECLARACIÓN JURADA DEL GRUPO FAMILIAR A CARGO

	Nombres y Apellidos	Tipo y N° DOC.	Fecha de Nacimiento	Género	Pers. con Discapacidad
Cónyuge					
Hijo/a					
Hijo/a					
Hijo/a					
Hijo/a					

Acepto el descuento de la cuota sindical y/o social por administración:	SÍ	NO
---	----	----

Firma: Aclaración: Fecha:

Para ser completado por el/la delegado/a

Certifico haber afiliado al compañero/a detallado en la presente, quien me aceptó la afiliación y el descuento en concepto de acuerdo a nuestro estatuto.

Firma: Tipo y N° Doc.:

Aclaración: Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO

Seccional	N / P / M	Org. / Minist.	Repartición	Sector	Fecha ingreso ATE

NOTA: Con esta ficha Ud. queda afiliadx a ATE. Entréguela en su **seccional, delegación**, a su delegadx, o mándela por correo al **Consejo Directivo Nacional de ATE - Departamento de Afiliaciones, Av. Belgrano 2527 (1096), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**