



## ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO

Personería Jurídica y Gremial N°2

Apellido y Nombres	<input type="text"/>				
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	D.N.I./L.E./L.C.	<input type="text"/>		
Nacionalidad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>		
		Estado Civil	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>		
Domicilio Particular	<input type="text"/>		C.P.	<input type="text"/>	
Provincia	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>		
Ministerio o Secretaria	<input type="text"/>	Estado: Nacional	<input type="checkbox"/>	Ciudad Bs.As	<input type="checkbox"/>
Repartición	<input type="text"/>				
Profesión	<input type="text"/>	C.U.I.L.	<input type="text"/>		
Legajo N°	<input type="text"/>	Jubilado N°	<input type="text"/>		

### Grupo familiar a cargo | Declaración Jurada

Parentesco	Sexo	Fecha Nac.	DNI/LC/LE	Apellido y Nombres
Cónyuge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración:

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Servicio de Sepelio

Adhiere al Servicio de Sepelio SI  NO

En caso afirmativo, completar el siguiente formulario

Parentesco	Sexo	Fecha Nac.	DNI/LC/LE	Apellido y Nombres
Cónyuge				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para ser completado por el Delegado:

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

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_  
DNI/LC/LE \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del Consejo

Seccional	Nacional/Provincial	Repartición	Sector	Fecha de ingreso