

Solicitud de Afiliación

ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES



El que suscribe, solicita su afiliación, declarando conocer y aceptar el estatuto de la "Asociación de Trabajadores de la Universidad Nacional de Quilmes" (ATUNQ)

Nombre y Apellido

Documento

Fecha Nacimiento

Domicilio Particular

____/____/____

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Código Postal

Teléfono Particular

Teléfono Celular

Correo Electrónico para novedades de ATUNQ

Legajo UNQ : Fecha Ingreso

Contrato:

Fecha inicio:

Fecha final:

____/____/____

Si No

____/____/____

Área de trabajo

Nº Interno

Asimismo, autorizo expresamente a la Universidad Nacional de Quilmes, a efectuar la retención del 1.5% (uno y medio por ciento) de mis haberes mensuales, correspondiente al pago de la cuota de afiliación a la "Asociación de Trabajadores de la Universidad Nacional de Quilmes" (ATUNQ).

firma

aclaración

dni

Comisión Directiva

Acta de CD

firma

aclaración

Número de Afiliado

