



Asociación de Médicos de la República Argentina

Avda. Independencia 1253 6° B. - C1099AAM - C.A.B.A. - Buenos Aires

Web: www.sindicatomedico.org.ar – E-mail: infoamra@sindicatomedico.org.ar

“Donde haya un médico trabajando, estará nuestro sindicato”

Personería Gremial N°:1585

SOLICITUD DE AFILIACION AL SINDICATO

AFILIADO N°

(LEY 23.551)

ATENCIÓN: COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYUSCULA – LEGIBLE- TODOS LOS ESPACIOS, SIN DEJAR BLANCOS

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: MN: MP:

Tipo y N° de Documento: N° 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 de la Universidad de: Provincia:

Fecha de Graduación:/...../..... Especialidad: Residente SI/NO Vto. Residencia:

DATOS DE LA FAMILIA

Cónyuge o Pareja: Sexo: M / F F. Nacimiento:/...../...../ DNI:

Hijo/a: Sexo: M / F F. Nacimiento:/...../...../ DNI:

Hijo/a: Sexo: M / F F. Nacimiento:/...../...../ DNI:

(En caso de tener más hijos, por favor aclarar sus datos al dorso, gracias)

INSTITUCIONES DONDE PRESTA SERVICIO

Municipal: (nombre completo del establecimiento):
 Domicilio: Fecha de Ingreso:/...../.....
 Partido o Depto: Pcia.: C.P.: Tel: (.....)
 Relación de dependencia: SI/NO (contratado/interino) N° de LEGAJO:.....

Provincial: (nombre completo del establecimiento):
 Domicilio: Fecha de Ingreso:/...../.....
 Partido o Depto: Pcia.: C.P.: Tel: (.....)
 Relación de dependencia: SI/NO (contratado/interino) N° de LEGAJO:.....

Nacional: (nombre completo del establecimiento):
 Domicilio: Fecha de Ingreso:/...../.....
 Partido o Depto: Pcia.: C.P.: Tel: (.....)
 Relación de dependencia: SI/NO (contratado/interino) N° de LEGAJO:.....

Privado: (nombre completo del establecimiento):
 Domicilio: Fecha de Ingreso:/...../.....
 Partido o Depto: Pcia.: C.P.: Tel: (.....)
 Relación de dependencia: SI/NO (contratado/interino) N° 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 a que se efectúe el descuento de la cuota sindical correspondiente.

..... de de

.....

Firma, Aclaración y Sello