



**SINDICATO DE TRABAJADORES TECNICOS Y
AUXILIARES ASISTENCIALES DE SALUD
BASE ALTO MAYO**



FICHA DE AFILIACION

.....
NOMBRES Y APELLIDOS

.....
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

.....
FECHA DE NACIMIENTO

.....
DOMICILIO

.....
TELÉFONO

...../...../..... **Nombrado ()**
FECHA DE INGRESO

.....**Contratado ()**
CONDICIÓN

.....
CARGO Y NIVEL

.....
SERVICIO

INSTITUCION DONDE LABORA

Declaro que mi afiliación al “Sindicato de Trabajadores Técnicos y Auxiliares Asistenciales de Salud Base Alto Mayo” es voluntario, que conozco y me comprometo a cumplir con lo dispuesto en su Estatuto.

.....
FIRMA DEL AFILIADO

.....
SECRETARIO GENERAL

.....
SECRETARIO DE ORGANIZACIÓN