

....., ..... de ..... de 20.....

El que suscribe solicita al Secretariado Nacional de APCNEAN su admisión como Afiliado, y autoriza a que se le realice el descuento de los haberes correspondiente a la cuota societaria acorde al Estatuto y Resoluciones vigentes.

.....  
Firma del Solicitante

DATOS PERSONALES

Apellido: ..... Nombre/s: .....

Nacionalidad: ..... Estado Civil: .....

Doc. Identidad: ..... Fecha de Nacimiento: .....

CUIL N° .....

Domicilio particular: .....

Código Postal: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Teléfono part.: .....

Título profesional: .....

Otorgado por: ..... Año: .....

Organismo y lugar de trabajo: .....

Gcia./Unidad/Dpto./Sección: .....

Legajo N°: ..... Fecha ingreso: .....

Cargo que ocupa: ..... Categoría: .....

Teléfono oficina: ..... Fax / E-mail: .....

Fecha de Presentación: ..... Fecha de aceptación: .....

Acta Reunión N°: ..... Afiliado N°: .....