

Solicitud de Afiliación

Lugar:..... Fecha:.....

Sres. Comisión A.P.T.A.S.CH.: Por la presente solicito mi afiliación a APTACH, para lo cual adjunto mis datos y manifiesto conocer el Estatuto, a modo de declaración jurada:

Apellido:.....

Nombres:.....

Documentos de Identidad:.....

Datos Personales.

Nacionalidad:.....

Lugar de Nacimiento:..... Fecha(día/mes/año):...../...../.....

Domicilio Particular:.....

Correo Electrónico:.....

Estado Civil:.....

Estudios Realizados: Prim/Secun/Terc/Univ completos / incompletos

Titulos:..... Matricula (tipo y numero).....

Especializaciones:.....

Datos Laborales:

Lugar en el que se desempeña:.....

Domicilio del Empleador.....

Fecha de Ingreso como dependiente a Salud Pública:.....

Teléfono Laboral:.....

Correo electrónico:.....

Función:.....

Firma y Aclaración