



SOLICITUD DE AFILIACION

Socio N°.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres:.....

Nacionalidad:.....D.N.I.....

Lugar y Fecha de Nacimiento:.....Estado Civil:.....

Domicilio:.....

Cod.Post.:..... Tel:.....

E mail:.....

DATOS PROFESIONALES

Título de Grado:.....Exp.por:.....Año.....

Título de postgrado:.....Exp.por:.....Año.....

Matrícula Profesional N°:.....Exp.por:.....Fecha.../.../.....

DATOS LABORALES

1) En G.C.B.A. Nombre de la Institución:.....

Domicilio:.....Tel:.....

Cargo que desempeña:.....Fecha de ingreso:.....

E mail:.....

2) Nombre de la Institución:.....

Domicilio:.....Tel:.....

Cargo que desempeña:.....Fecha de ingreso:.....

E mail:.....

Por la presente manifiesto estar de acuerdo con el Estatuto Social y autorizo a la Federación de Profesionales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires a efectuar el descuento del porcentaje que correspondiese en concepto de cuota societaria a través del código 738 de mi recibo de haberes.

Adjuntar fotocopia del último recibo de haberes-

Fecha...../...../.....

.....
Firma y Sello