

ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO



Escribir a máquina o con letra de imprenta

Seccional..... C. D. P. ENTRE RÍOS

Apellido y Nombre

Domicilio Particular.....

Localidad..... C.P..... Provincia.....

Ministerio..... Secretaría

Repartición..... Fecha de Ingreso.....

Convenio Laboral Profesión

Teléfono..... Laboral

Fecha de Nacimiento ID. (tipo y N°)

e-mail: christian.schulz@uni-muenster.de (christian.schulz@uni-muenster.de)

Dosis dependencia SI NO Grupo Sanguíneo Factor “ ” RH()

Desea donar sangre: Sí No Grado Sanguíneo: Factor: A B AB O RHT (.....)

DECLARACION JURADA DE GRUPO FAMILIAR

	Sexo	Fecha de Nac.	Apellido y Nombre	Doc. Identidad
Cónyuge				
Hijo/a				

Acepto el descuento de la cuota sindical por administración

Firma del interesado

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO

Seccional	Nac/Prov/Munic.	Org/Minist.	Sector			Fecha ingreso ATE