



HOJA DE AFILIACIÓN



Cuota sindical: \$500

FECHA: / /

DATOS PERSONALES

Nombre completo:			
Cédula de identidad:		Unidad:	
Fecha de nacimiento:		Teléfono:	
Área en que trabaja:			
Dirección:			
Correo electrónico:			

DATOS FUNCIONALES

Escalafón:	
Grado:	
Año de ingreso al INR:	

TIPO DE CONTRATO

<input type="checkbox"/> PRESUPUESTADO
<input type="checkbox"/> CONTRATADO

En conocimiento de los estatutos que regulan la actividad del Sindicato de Trabajadores Penitenciarios SITRAPEN, solicito afiliarme al mismo y otorgo mi consentimiento para que se realicen los descuentos correspondientes a mi afiliación, de los haberes que percibo, mediante autorización impresa al dorso de este documento.

Firma del solicitante

SITRAPEN