



# S.O.E.M.E.

Sindicato de Obreros y Empleados  
de la Educación y la Minoridad.  
Afiliado a la CGT – Personería Gremial Nº 314  
Salta 534 – Capital Federal – Tel.4381-2686/7688

## Solicitud de Afiliación

Completar todos los datos y con letra de **IMPRESA** legible. **Adjuntar fotocopia del recibo de sueldo.**

### Datos del Afiliado:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Documento: L.E./L.C./DNI Nº \_\_\_\_\_ C.U.I.L.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Datos del Lugar de Trabajo:

Presta servicios en: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Cargo (**Marque una opción**):  No Docente  Docente  Jubilado - Legajo Nº: \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento tener a mi cargo a las siguientes personas y conocer la reglamentación de los servicios brindados por SOEME, estando en un todo de acuerdo.

Apellido y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Número Documento

Observaciones: Acepto y autorizo el descuento de la cuota estipulada por SOEME.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Para uso exclusivo de SOEME. Fecha de ingreso de esta ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DNI de la Persona que afilió: \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre \_\_\_\_\_