

Ficha de afiliación C.T.A. Regional / Local:.....

DATOS PERSONALES

Apellido : Nombres :

Doc. Ident. Tipo y N° Sexo Est. Civil

Fecha de Nacimiento..... Domicilio..... N°Piso.....Dto.....

Localidad Barrio Pcia.

Cód. Postal..... C. electrónico.....

Teléfono(.....)..... O. Social..... Est. Cursados.....

Persona con discapacidad (Marcar): **SI** ☐ **NO** ☐

Si es jubilado, beneficio N° Caja.....

Tarjeta de credito Número acepto descuento de \$ mensuales por esta tarjeta.

DATOS LABORALES

Organismo o Empresa.....

Profesión..... Sector.....

Rubro / Actividad..... Domicilio.....

Localidad.....Provincia.....

Fecha de Ingreso...../...../.....Gremio al que está afiliado.....

GRUPO FAMILIAR A CARGO DEL AFILIADO

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO	DOCUMENTO	PERSONA CON DISCAPACIDAD

Declaro que los datos consignados en la presente ficha de afiliación son verdaderos y sin omisiones.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Afiliado

Para uso exclusivo de la C.T.A. Nacional

Codigo C.T.A.	Codigo Sindicato u Organización	Codigo Origen	Codigo Nivel	Codigo Fed. M.T.N.	Codigo Fed. C.T.A.	Fecha de Afiliación

AUTORIZACION DE DESCUENTO

En mi carácter de afiliado a la CENTRAL DE TRABAJADORES DE LA ARGENTINA -C.T.A.A.- solicito se descuenta de mis haberes el porcentaje establecido para la cuota de afiliación en el Art. 43 del Estatuto Social.-

.....
Apellido y Nombres

.....
Documento N°

.....
Firma del Afiliado