FICHA DE AFILIACION Nº ..............................

(Socio Activo)

APELLIDO Y NOMBRES.....................................................................................

FECHA DE NACIMIENTO............/............./.............NAC:.................................

DNI...............................................TELEFONO......................................................

DOMICILIO............................................................................................................

LUGAR DE TAREAS............................................................................................

TAREAS QUE REALIZA......................................................................................

FECHA DE INGRESO...........................................................................................

CATEGORÍA DE SOCIO.......................................................................................

LUGAR Y FECHA.................................................................................................

.......................................................

Firma del Afiliado

 MAR DEL PLATA,

SEÑOR RECTOR DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D

 Tengo el agrado de dirigirme al Sr. Rector, con el objeto de hacer llevar a su conocimiento que soy afiliada/o a la Mutual de la Asociación del Personal de la Universidad Nacional de Mar del Plata, inscripta en el Registro Nacional de Mutualidades con la matrícula Nº 969 (novecientos sesenta y nueve), de la Provincia de Buenos Aires.

 Por tal motivo presto mi conformidad a través de la presente para que de mis haberes se deduzca, en concepto de cuota societaria, el (1,5%), correspondiente a la Remuneración de la Categoría Inicial del Escalafón No Docente.

 Saludo al Sr. Rector, con la mayor consideración.

 Firma

 Aclaración de la Firma