sadop | Sindicato Argentino de Docentes Privados

FICHA DE AFILIACIÓN

A DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES

DOMICILIO PARTICULAR

Calle | Nº | Piso y Dpto.

Localidad | Provincia

CP | Celular

Nacionalidad | Estado Civil | Fecha de Nac.

Femenino ◯ Masculino ◯ Otros ◯

Tipo DNI LC LE | Nº | CUIL

Título | Antigüedad docente AÑOS MESES

Obra Social | E-mail

Régimen previsional al que aporta ESTATAL PROVINCIAL ◯ REPARTO NACIONAL ◯

B ESTABLECIMIENTOS DONDE EJERCE

Nombre | Código Sadop

Entidad Propiedad | CUE

Domicilio | Localidad

Provincia | CP | TEL

E-mail | CUIT

Nivel INICIAL ◯ PRIMARIO ◯ SECUNDARIO ◯ TERCIARIO ◯ UNIVERSITARIO ◯ OTROS ◯

Cargo docente | Cant. horas | Situación en el cargo TITULAR ◯ SUPLENTE ◯

Establecimiento subvencionado SI ◯ NO ◯

Cargo subvencionado por el Estado SI ◯ NO ◯

Fecha de ingreso al cargo | Turno en el que ejerce MAÑANA ◯ TARDE ◯ NOCHE ◯

Trabaja en otro establecimiento privado SI ◯ NO ◯ EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL SIGUIENTE APARTADO.

Nombre | Código Sadop

Entidad Propiedad | CUE

Domicilio | Localidad

Provincia | CP | TEL

E-mail | CUIT

Nivel INICIAL ◯ PRIMARIO ◯ SECUNDARIO ◯ TERCIARIO ◯ UNIVERSITARIO ◯ OTROS ◯

Cargo docente | Cant. horas | Situación en el cargo TITULAR ◯ SUPLENTE ◯

Establecimiento subvencionado SI ◯ NO ◯

Cargo subvencionado por el Estado SI ◯ NO ◯

Fecha de ingreso al cargo | Turno en el que ejerce MAÑANA ◯ TARDE ◯ NOCHE ◯

Trabaja en otro establecimiento privado SI ◯ NO ◯ EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL SIGUIENTE APARTADO.

Nombre | Código Sadop

Entidad Propiedad | CUE

Domicilio | Localidad

Provincia | CP | TEL

E-mail | CUIT

Nivel INICIAL ◯ PRIMARIO ◯ SECUNDARIO ◯ TERCIARIO ◯ UNIVERSITARIO ◯ OTROS ◯

Cargo docente | Cant. horas | Situación en el cargo TITULAR ◯ SUPLENTE ◯

Establecimiento subvencionado SI ◯ NO ◯

Cargo subvencionado por el Estado SI ◯ NO ◯

Fecha de ingreso al cargo | Turno en el que ejerce MAÑANA ◯ TARDE ◯ NOCHE ◯

C GRUPO FAMILIAR

PARENTESCO	GÉNERO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NAC.	Nº DE DOCUMENTO	OBRA SOCIAL
CÓNYUGE					
HIJO/A					
HIJO/A					
HIJO/A					

¿Algún hijo/a posee una discapacidad? SI ◯ NO ◯

Firma del interesado/a | Fecha