

• DATOS PERSONALES •

APELLIDOS				FECHA NACIMIENTO
NOMBRE		D.N.I.		/ /
DOMICILIO		NÚM.	PISO	LETRA
LOCALIDAD	C. POSTAL			
TELÉFONO		MOVIL		
CORREO ELECTRÓNICO				

• DATOS PROFESIONALES •

CONSEJERÍA / MINISTERIO / ORGANISMO					
CENTRO DE TRABAJO					
DEPARTAMENTO / SERVICIO					
DIRECCIÓN				C. POSTAL	
TELÉFONO					
PROFESIÓN					
CATEGORÍA					
LABORAL <input type="checkbox"/>	FUNCIONARIO <input type="checkbox"/>	ESTATUTARIO <input type="checkbox"/>	TITULAR <input type="checkbox"/>	INTERINO <input type="checkbox"/>	EVENTUAL <input type="checkbox"/>
TURNO	MAÑANA <input type="checkbox"/>	TARDE <input type="checkbox"/>	NOCHE <input type="checkbox"/>		

• DATOS BANCARIOS •

BANCO o CAJA				ENTIDAD	(4 DIGITOS)
NÚM. OFICINA	(4 DIGITOS)	D.C.	(2 DIGITOS)	CTA. CTE./CARTILLA	(10 DIGITOS)

Modalidad de pago **TRIMESTRAL**.

El primer recibo se pasará al mes siguiente de ser dado de alta en el **SINDICATO DE TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA**

Con esta cuota, se abona también la cuota de inscripción, equivalente a una mensualidad

Madrid, a de de 201 .

Firma

Fdo.: D^o./D^a:

(RELLENAR EN MAYÚSCULAS)

Los datos aportados en esta hoja de afiliación, se incorporaran a la base de datos de C.S.I.T. – Unión Profesional, quedando a tu disposición para ejercer tus derechos de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndote a la sede sindical C/ Sagasta, 13 6ª planta, Madrid 28..4 (Área de afiliaciones) de conformidad con la L.O.15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos.

SAGASTA, 13 • TELS: 91 594 39 22 / 87 / 95 Fax: 91 448 62 62 • 28004 MADRID

WWW.CSIT.ES • e-mail csit@csit.es