



Socio N°: \_\_\_\_\_

Letra: \_\_\_\_\_

# Asociación Sindical de Trabajadores de Farmacia

Adherido a FE.NA.EM.FA y CGT  
Personería Gremial 751 R.S.M. 866/65  
Ituzaingo 444 - Tel (0351) 423-7512/7937/422-0650 – 5000 Córdoba

## SOLICITUD DE SOCIO

Señor Secretario de R.R.L.L. de la  
Asociación Sindical  
Trabajadores de Farmacia

### EL QUE SUSCRIBE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

D.N.I., L.E., L.C., N° \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio Particular \_\_\_\_\_

Tel. Particular \_\_\_\_\_ Ciudad, Barrio, Localidad \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_

Que tarea desempeña \_\_\_\_\_  
(Indicar si es mostrador, laboratorio, adm, limp., caja, cadete, perfumería, etc.)

Categoría \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso, \_\_\_\_\_ Trabaja jornada completa \_\_\_\_\_

Trabaja media jornada \_\_\_\_\_ Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Seccional \_\_\_\_\_

Cuantos Años Trabajando en Farmacia \_\_\_\_\_

Retribución Mensual \_\_\_\_\_

Firma Contrato \_\_\_\_\_ por qué periodo \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Solicita a ustedes y por su intermedio a la C.D. Ingresar en Calidad de Socio Sindical a la institución.-

Firma

Aceptado el \_\_\_\_\_ Acta N° \_\_\_\_\_

NOTA: Socio Activo: Mayor de 18 años

Socio Cadete: Menor de 18 años