FICHA DE AFILIACIÓN

**FECHA**

**/ /**

**NOMBRE**

**C.IDENTIDAD**

**DEPARTAMENTO**

**C.CÍVICA**

**LOCALIDAD**

**F.NACIMIENTO**

**TEL/CEL**

**DIRECCIÓN**

**E-MAIL**

**DATOS PERSONALES**

**DIRECCIÓN NACIONAL DIVISIÓN/DEPTO/ETC.**

**F. INGRESO AL MIDES**

**TIPO DE CONTRATO**

**ESCALAFÓN**

**GRADO**

**DATOS FUNCIONALES**

BECARIO/PASANTE PNUD/BID/CND/ETC. PASE EN COMISIÓN

OTRO:

FUNCIÓN PÚBLICA PRESUPUESTADO PRIMERA EXPERIENCIA

OSC:

En conocimiento de los estatutos que regulan la actividad de la Unión de Trabajadores del Ministerio de Desarrollo Social (UTMIDES) solicito afiliarme a la misma

Firma del trabajador/a

**AUTORIZACIÓN DESCUENTO**

Otorgo mi consentimiento para que se realicen los descuentos correspondientes a mi afiliación a UTMIDES, de los haberes que percibo

**Dirección:** Germán Barbato 1363/901

**Teléfonos:**

Secretaría General: 092 985 764

Secretaría de Comunicación: 099 878 896