



FICHA de AFILIACIÓN / Escribir con letra imprenta
Datos personales / laborales

Seccional:			
Apellido/s:			
Nombre/s Autopercebido (*):			
Tipo y N° Documento:		CUIL:	
N° de Legajo:		N° de Jubilada/e/o:	
Domicilio:		Código Postal:	
Localidad:		Provincia:	
Nacionalidad:		Estado Civil:	
Fecha de Nacimiento:			
Género: Marque con una X la opción con la que se identifique mejor.			
Mujer <input type="checkbox"/> ; Mujer Trans <input type="checkbox"/> ; Lesbiana <input type="checkbox"/> ; Travesti <input type="checkbox"/> ; Transexual <input type="checkbox"/> ; Transgénero <input type="checkbox"/>			
Varón <input type="checkbox"/> ; Varón Trans <input type="checkbox"/> ; Gay <input type="checkbox"/> ; Bisexual <input type="checkbox"/> ; No binarie <input type="checkbox"/> ; Género Fluido <input type="checkbox"/>			
Ninguna de las anteriores (especifique) Prefiero no responder <input type="checkbox"/>			
Persona con discapacidad (marcar)	SÍ	NO	
Teléfono particular:		Teléfono celular:	
Correo electrónico:			
Profesión:			
Ministerio:		Secretaría:	
Repartición:		Fecha de ingreso:	
Convenio Laboral:		Teléfono laboral:	

* Ley 26.743 de Identidad de Género Art. 12, Trato digno cuando el nombre de pila sea distinto al consignado en su DNI, se indicará entre paréntesis las iniciales del nombre que figuren en el DNI, y se agregará el nombre de pila elegido por la persona.

DECLARACIÓN JURADA DEL GRUPO FAMILIAR A CARGO					
	Nombres y Apellidos	Tipo y N° DOC.	Fecha de Nacimiento	Género	Pers. con Discapacidad
Cónyuge					
Hija/e/o					

Acepto el descuento de la cuota sindical y/o social por descuento de haberes: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Gremial</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td></td> </tr> </table>	Gremial		Social	
Gremial				
Social				

Firma: Aclaración: Fecha:

Para ser completado por la/le/el delegada/e/o

Certifico haber afiliado a la/le/el compañera/e/o detallado en la presente, quien me aceptó la afiliación y el descuento en concepto de acuerdo a nuestro estatuto.

Firma: Tipo y N° Doc.:

Aclaración: Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO					
Seccional	N/P/M/L/U	Org. / Minist.	Repartición	Sector	Fecha ingreso ATE

NOTA: Con esta ficha Ud. queda afiliada/e/o a ATE. Entréguela en su **seccional, delegación**, a su delegada/e/o, o mándela por correo al **Consejo Directivo Nacional de ATE - Departamento de Afiliaciones, Av. Belgrano 2527 (1096), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**