SADOP

SINDICATO ARGENTINO DE DOCENTES PARTICULARES

# FICHA DE AFILIACIÓN

## A | DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres |

## DOMICILIO PARTICULAR

Calle | Nº |

Piso y Dpto. | Provincia | Localidad |

CP | Tel. | Cel. |

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 | Nº |

Provincia | Localidad | CP |

Tel. | E-mail | CUIT |

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

Situación en el cargo | TITULAR ◯ SUPLENTE ◯

Est. Subvencionado | SI ◯ NO ◯ Cargo | Horas |

Cargo está 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 | Nº |

Provincia | Localidad | CP |

Tel. | E-mail | CUIT |

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

Situación en el cargo | TITULAR ◯ SUPLENTE ◯

Est. Subvencionado | SI ◯ NO ◯ Cargo | Horas |

Cargo está 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 | Nº |

Provincia | Localidad | CP |

Tel. | E-mail | CUIT |

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

Situación en el cargo | TITULAR ◯ SUPLENTE ◯

Est. Subvencionado | SI ◯ NO ◯ Cargo | Horas |

Cargo está Subvencionado por el Estado | SI ◯ NO ◯

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

## C | GRUPO FAMILIAR A CARGO

| 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 |