



de los trabajadores

CENTRAL DE TRABAJADORES DE LA ARGENTINA

Inscripción Gremial N° 2027. Res. 325/07 del MTSS publicada en B.O 05/06/1997

SOLICITUD DE AFILIACION

DATOS PERSONALES

Apellido Nombres

Doc. Ident. tipo y N° Sexo M F Estado Civil

Fecha de Nacimiento/...../..... CUIL N°

Domicilio Localidad..... Provincia

Cód. Postal E-mail Afiliado Tel. (.....)

Desempleado En actividad Informal Autónomo Cooperativista Otro:.....

Datos laborales

Razón Social:..... Actividad Principal:.....

Domicilio:.....(C/P.....) Localidad:..... Tel:.....

Fecha Ingreso:...../...../..... Sueldo: \$..... CUIT :.....

Categoría:..... N° CCT:..... Tarea que realiza:..... Gremio:.....

Cantidad aprox. de trabajadores: ¿Tienen delegado Gremial?: SI NO

GRUPO FAMILIAR A CARGO DEL TITULAR

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y N° DE DOC.	Edad	FECHA NAC.	SEXO

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente ficha de afiliación son verdaderos y sin omisiones.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Afiliado

.....
Recibe por CTA

Solicitud de Adhesión al Servicio de Pago Directo por CBU/ o Depósito por ventanilla

En mi carácter de afiliado a la Central de Trabajadores de la Argentina - CTA.- solicito se descuente de mis aportes el porcentaje establecido para la cuota de la afiliación en el Art. 43 del Estatuto Social.-

Banco:..... Sucursal:..... Tipo de Cuenta:.....

CBU:..... N° de Cuenta:.....

Por medio de la presente y con mi firma estampada autorizo a realizar la operatoria de Pago Directo correspondiente al Sistema Nacional de Pagos reglamentado por el Banco Central de la República Argentina en sus comunicaciones A 2559, A2622, A2623 en la cuenta cuyos datos se consignan en los puntos 1 y 2.
La mencionada operatoria se utilizará para el pago correspondiente a la cuota sindical por un valor mensual de \$.....(.....).

.....
Apellido y Nombres

.....
Documento N°

.....
Firma del Afiliado



carnet

Central de Trabajadores de la Argentina
Piedras 1065 - C1070AAU - Capital Federal
Tel. (5411) 4307-3829 y líneas rotativas Fax: (5411) 4300-1015

Fecha de Ingreso

Apellido y Nombre

Actividad / Gremio

Doc. tipo Nro.....

Localidad

Provincia

Carnet del Afiliado/a



de los trabajadores

El poder del trabajo

www.cta.org.ar



DATOS ADICIONALES

Espacio exclusivo para trabajadores Eventuales o Tercerizados

Empresa "Usuaría" del servicio

Razón Social:..... Actividad:..... CUIT:

Domicilio real: (C/P.....) Localidad:.....Tel:.....

Lugares reales de trabajo

Empresa	Rubro	Domicilio	Localidad	CUIT

Espacio Exclusivo para trabajador/a "NO REGISTRADO"

Nombre o Razón Social del empleador:.....

CUIT:.....

Domicilio real de trabajo:.....

Localidad:.....

Función que realiza:.....

Horario de trabajo:.....