**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Señores**

**JUNTA DIRECTIVA SINASSASS**

**Presente**

**Estimados señores**

**Por este medio me dirijo a Ustedes para solicitarles en la forma más atenta mi afiliación al SINDICATO NACIONAL ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y AFINES DEL SEGURO SOCIAL (SINASSASS).**

**Me comprometo acatar y respetar las disposiciones legales de los Estatutos y Reglamentos vigentes, así como al Código de Trabajo y todo acuerdo legalmente adoptado por la Junta Directiva y la Asamblea General.**

**NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CÉDULA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PUESTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIDAD DE TRABAJO­:­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIDAD EJECUTORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° ASOCIADO DEL COLEGIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ ccss.sa.cr**

**CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FAX­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telf. Oficina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÉDULA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorizo para que del total de mi salario se deduzca en la planilla de salarios el 1.00% como aporte a SINASSASS por concepto de afiliación, o cualquier cuota adicional no rebajada de la planilla por motivo de incapacidad, permiso sin sueldo u otro motivo.**

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARA USO DEL SINDICATO:**

**APROBADA: SI\_\_\_NO\_\_\_ FECHA:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ No SESION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INCLUIDA PARA EL PAGO EN EL MES DE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Secretario General**