

Bartolomé Mitre 748 - C.P. C1036AAL

**Ficha de afiliación C.T.A. Regional / Local:** .....

**DATOS PERSONALES**

Apellido : ..... Nombres : .....

Doc. Ident. Tipo y N°  ..... Sexo  ..... Est. Civil  .....

Fecha de Nacimiento..... Domicilio..... N°.....Piso.....Dto.....

Localidad  ..... Barrio  ..... Pcia. ....

Cód. Postal..... C. electrónico.....

Teléfono(.....)..... O. Social..... Est. Cursados.....

Persona con discapacidad (Marcar): **SI** ☐ **NO** ☐

Si es jubilado, beneficio N° ..... Caja.....

Tarjeta de credito ..... Número ..... acepto descuento de \$ ..... mensuales por esta tarjeta.

**DATOS LABORALES**

Organismo o Empresa.....

Profesión..... Sector.....

Rubro / Actividad..... Domicilio.....

Localidad..... Provincia.....

Fecha de Ingreso ..... / ..... / ..... Gremio al que está afiliado.....

**GRUPO FAMILIAR A CARGO DEL AFILIADO**

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA NAC.	SEXO	DOCUMENTO	PERSONA CON DISCAPACIDAD

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

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma del Afiliado

**Para uso exclusivo de la C.T.A. Nacional**

Código C.T.A.	Código Sindicato u Organización	Código Origen	Código Nivel	Código Fed. M.T.N.	Código Fed. C.T.A.	Fecha de Afiliación

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

En mi carácter de afiliado a la CENTRAL DE TRABAJADORES DE LA ARGENTINA -C.T.A.A.- solicito se descuente de mis haberes el porcentaje establecido para la cuota de afiliación en el Art. 43 del Estatuto Social.-

.....  
Apellido y Nombres

.....  
Documento N°

.....  
Firma del Afiliado