



Fecha:

**C. ERIKA GABRIELA ISLAS FRIAS**  
Secretaria General  
del Comité Ejecutivo Nacional  
del Sindicato Mexicano IMSS-BIENESTAR  
**P R E S E N T E .**

Por medio del presente el (la) que suscribe, trabajador adscrito a la Unida Operativa: **(La que se registra en el comprobante de percepciones y descuentos de nomina)**

--

Le solicito que con esta fecha me tome en cuenta como agremiado formalmente de la Organización Sindical que usted dignamente representa, autorizando de forma personal, libre y sin presiones con mi firma autógrafa el descuento del 2% de mi salario quincenal, designado como descuento de cuota sindical que por ley y reglamentos sean a favor de esta Organización Sindical debidamente registrada ante el TFCA en términos de los Estatutos de esta Organización Sindical, con el uso de mis facultades y una vez que me fueron explicados mis derechos y obligaciones sindicales, solicito mi afiliación al mismo con la finalidad de ser considerado como miembro afiliado activo, con todos los derechos y obligaciones que emanan de los propios Estatutos.

En este acto, hago manifiesta mi voluntad de afiliarme libremente y protesto cumplir y hacer cumplir los Estatutos, la Declaración de Principios y los Reglamentos que de ella emanen, así como los acuerdos de asamblea, congresos, y órganos de gobierno de esta Organización Sindical; también me comprometo solidariamente y por todos los medios posibles a la defensa de mis compañeros y compañeras pertenecientes al Sindicato.

## I.- DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres											
Femenino		Masculino														Mexicano		Extranjero	
Sexo Marque una X				Registro Federal de Contribuyente												Nacionalidad Marque una X			
Domicilio (Calle, Número, Colonia)																Edad			
Municipio/Alcaldía o Demarcación Territorial								Estado				Código Postal							

## II.- DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

Fecha de ingreso a la Institución			<b>Denominación de Puesto</b> La que se registra en el comprobante de percepciones y descuentos de nomina o Talón de Pago	Servicio asignado
Fecha de ingreso a OPD			Función real (Solo en caso de realizar otra funcion)	
Firma del Trabajador			Responsable de Afiliación	