SINDICATO MEXICANO IMSS BIENESTAR

REGISTRO SINDICAL 14/24



Fecha:

C. ERIKA GABRIELA ISLAS FRIAS

Secretaria General del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Mexicano IMSS-BIENESTAR PRESENTE.

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 Apelli					aterno						١	Nombres			
						1									
Femenino Sexo Marc	Masculino		Re	ral de Con	Contribuyente						Mexicano Nacionalid		Extranjero dad Marque una X		
Sexo Marque una X Registro Federal de Contribuyente Nacionalidad Marque una X															
	alle, Númer	o, Colonia)									Eda	d			
													$\overline{}$		
Municipio/Alcaldía o Demarcación Territorial					L Estado									ódigo Post	
II DATOS LA	•														u .
												Servicio	asignac	ob	
Fecha de	ingreso	lanı	Den ie se registra e	ominacion		nercencio	nes v								
a la Institución descuer					e nomina Pago	остосрого	,		•						
									Función real (Solo en caso de realizar otra funcion)						n)
Fecha de a O	•									,					•

Firma del Trabajador

Responsable de Afiliación