

Organización del
Personal de Supervisión y Técnicos
Telefónicos Argentinos
SOLÍS 1392—CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
TELÉFONOS 4304-3677 /4306-6200
Email opstta@opsttacapital.com.ar



PERSONERÍA GREMIAL NRO. 542

SOLICITUD DE INGRESO

_____ de _____ de _____

Legajo Nro.: _____

Apellido y Nombre: _____

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Cod.Postal: _____ Tel. Part. : _____

Fec. Nac.: _____ Nro. Doc.: _____ Estado Civil: _____

Empresa : _____ Sección: _____

Domicilio de la Oficina: _____ Teléfono: _____

Cargo: _____ Cuadro: _____ Unidad Operativa: _____

Dirección de E-mail _____

NOTA: Al firmar la presente solicitud de ingreso declaro conocer los estatutos de la Organización y me comprometo acatarlos, cumplirlos y hacerlos cumplir fielmente.-

FIRMA

ACEPTADO COMO SOCIO NRO. : _____ . En la reunión de Comisión

Directiva realizada el _____ de _____ de _____.-

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

SECRETARIO GENERAL

DECLARACIÓN JURADA

PERSONAS AMPARADAS POR EL SUBSIDIO

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y NRO. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Por la presente y con carácter de Declaración Jurada digo:

- a) **Que declaro conocer el reglamento de Subsidios por fallecimiento de la O.P.S.T.T.A..**
- b) **Que adhiero a dicho reglamento.**
- c) **Que los datos expresados en esta declaración son correctos.**
- d) **Que me comprometo a notificar por escrito a la O.P.S.T.T.A., cualquier modificación en los mismos.**
- e) **Que designo a la persona cuyos datos personales detallo mas abajo para percibir el subsidio en el caso de mi fallecimiento.**

APELLIDO Y NOMBRES: _____
LC / LE / DNI / : _____ C.I. NRO.: _____ POLICIA: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ COD. POSTAL: _____ TELEFONO: _____

Lugar y Fecha _____

Firma y Aclaración del titular: _____

Certifico que la firma que precede corresponde al titular y que ha sido verificado el documento de identidad del mismo.-

Firma y Sello de la Autoridad Gremial: _____