

UNIÓN OBRERA METALÚRGICA

de la República Argentina

Seccional Capital

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Afiliado Nº Fecha/...../.....

Apellido y Nombre

C.U.I.L. D.N.I.....

Domicilio.....

C.P. Localidad.....

Tel. Fecha de Nacimiento/...../.....

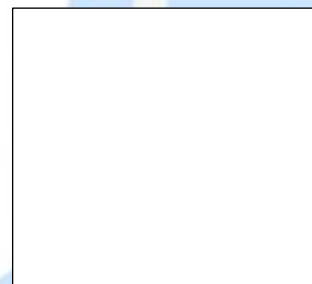
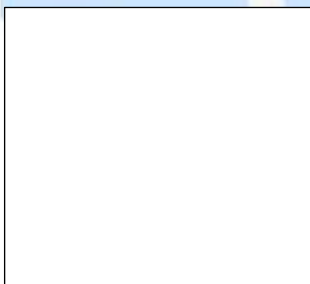
Est. Civil..... Nacionalidad

Trabaja en Para

Domicilio Localidad.....

Categoría F. Ingreso...../...../.....

Fotos (2)



TRASLADOS

FECHA	DE:	A:

Observaciones

Firma del Solicitante