

FORMULARIO AFILIACIÓN ADUNAM

Nombre y apellido:

Dirección (calle y número):

Localidad:

Teléfono:

Unidad Académica:

Email:

Fecha de ingreso:

Establecimiento donde presta servicios:

Cargo:

Dedicación:

Establecimiento donde emitirá su voto:

Lugar y fecha:

Firma

Por la presente AUTORIZO a la Universidad Nacional de Misiones a que practique el descuento del 2% de mis haberes docentes, a partir del 1º de _____ del año 2.0____, a favor de la Asociación de Docentes de la UNaM (ADUNaM).

Firma

