

FEDERACIÓN FUNCIONARIOS DE O.S.E.



AFILIACIÓN

DÍA	MES	AÑO

DATOS PERSONALES:

NOMBRES:	APELLIDOS:
GÉNERO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:	DEPARTAMENTO:
CELULAR:	E-MAIL:

DATOS FUNCIONALES:

N° DE PADRON:	C.I.:
FECHA DE INGRESO A O.S.E.:	LUGAR DE TRABAJO:
GERENCIA:	SECCIÓN:
FILIAL:	CATEGORIA CARGO DE RETRIBUCIÓN (N°):

Por la presente solicito mi afiliación a la Federación de Funcionarios de O.S.E., asumiendo todos los derechos y obligaciones que esto implica.

Sr. Presidente de O.S.E
Presente

CARTA PODER: Por la presente carta poder AUTORIZO ampliamente a la Administración de las Obras Sanitarias del Estado (O.S.E.) para que se descuente en forma mensual de mis haberes la suma correspondiente a la cuota social, los aportes extraordinarios y otros conceptos, que me corresponda aportar a la Federación de Funcionarios de O.S.E. (FFOSE) por mi consentida afiliación, de acuerdo a lo dispuesto por los estatutos, que son de mi conocimiento y conformidad.

Esta carta poder sé tendrá por vigente y valida ante la Administración de las Obras Sanitarias del Estado hasta que se le comunique su revocación o cualquier otro acto que la altere y expida recibo de dicha comunicación. Se establece que el presente poder tiene el carácter de esencialmente revocable sin expresión de causa.

LUGAR: FECHA:/...../.....

NOMBRES Y APELLIDOS
(en letra de imprenta):

C.I.: N° DE PADRON:

.....
FIRMA