



SOLICITUD DE AFILIACION

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RFC: _____

CURP: _____ TIPO DE ID: _____

No. DE VALIDACION DE ID: _____ TEL. LOCAL: _____

EMAIL: _____ CELULAR: _____

DOMICILIO CALLE _____ No. INT: _____ EXT: _____

MUNICIPIO: _____ CODIGO POSTAL: _____

CUIDAD: _____ ESTADO: _____

DATOS LABORALES

PATRON (RAZON SOCIAL COMPLETA): _____

FECHA DE INGRESO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

SDI*: \$ _____ CARGO QUE DESEÑEÑAS: _____

TEL. DE LA EMPRESA: _____ / _____ EXT: _____

DOMICILIO CALLE: _____ No.EXT: _____ INT: _____

MUNICIPIO: _____ CODIGO POSTAL: _____

CUIDAD: _____ ESTADO: _____

*SDI: Es tu salario diario integrado, lo encontraras en tus revisa tus recibos de nómina.

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

AVISO DE PRIVACIDAD: SINDICATO DE TRABAJADORES DEL COMERCIO A LA VANGUARDIA utilizará sus datos personales recabados para ejercer la representación legal para el pleno goce de sus derechos sindicales y defensa de sus derechos laborales y profesionales ante cualquier autoridad. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder a través de contacto@sindicatotcv.com.