



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Localidad	Provincia	Teléfono Fijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NIF	Letra	Fecha de nacimiento	Sexo	Teléfono Móvil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

email (escribir con mayúsculas para evitar posible errores)

CUENTA BANCARIA DONDE DOMICILIA EL PAGO DE CUOTAS (OBLIGATORIO)

IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	DC	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS PROFESIONALES

Número de Registro Personal
<input type="text"/>

Nombre del centro de Destino	Código del centro de Destino
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Localidad del centro de Destino	Código de la localidad de Destino
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/> Maestros	<input type="checkbox"/> Definitivo
<input type="checkbox"/> No Universitaria	<input type="checkbox"/> Profesores de Secundaria	<input type="checkbox"/> Expectativa
<input type="checkbox"/> Publica	<input type="checkbox"/> Profesores Técnicos de FP	<input type="checkbox"/> Prácticas
<input type="checkbox"/> Concertada	<input type="checkbox"/> Otros Cuerpos	<input type="checkbox"/> Interino
<input type="checkbox"/> Privada no Concertada	<input type="checkbox"/> Catedráticos	<input type="checkbox"/> Parado no Interino

Titulación/es que posee	Especialidad/es que posee
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Todos los datos solicitados en este documento serán tratados de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, evitando su alteración, pérdida, tratamiento o acceso autorizado. El tratamiento de los datos facilitados tendrá como finalidad realizar la representación sindical, así como tramitar y enviar información y correspondencia al domicilio particular.

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, mediante solicitud escrita y firmada dirigida a ANPE BURGOS C/ San Pablo 12C, 2ºF. 09007 Burgos (España).

Deseo recibir información a través de Whatsapp (y añadido a mis "contactos" el número 620416925)

Burgos, a _____ de _____ de 2021

Firma del afiliado:

NOTA: La cuota sindical es deducible íntegramente en el IRPF

Documentación a acompañar a esta solicitud: FOTOGRAFÍA y RESGUARDO DEL INGRESO de 76 €.