



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)				
<input type="text"/>				

CUENTA BANCARIA DONDE DOMICILIA EL PAGO DE CUOTAS (OBLIGATORIO)

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

DATOS PROFESIONALES

Número de Registro Personal		
<input type="text"/>	<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"/>	
<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 Valladolid, C/ Pasión , 13, 5ºB. 47001 Valladolid (España).

Deseo recibir información a través de Whatsapp (y añadido a mis "contactos" el número 617661984)
Valladolid, 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 €.