



**SiReLyF**  
SINDICATO REGIONAL  
DE LUZ Y FUERZA

**FORM A1 FICHA DE AFILIACIÓN**

FECHA / /

[www.sirelyf.org](http://www.sirelyf.org)

FOTO 4X4  
DEL SOLICITANTE

TIPO DE SOLICITUD  ALTA  REAFILIACIÓN  READMISIÓN  ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El que suscribe ..... solicita por la presente ingresar como Afiliado a esa Organización Sindical (SINDICATO REGIONAL DE LUZ Y FUERZA), conforme lo establecen Normas y Estatutos vigentes que, por este acto, declaro conocer.

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nº DE AFILIADO ..... SECCIONAL / SUBSECCIONAL .....

APELLIDO ..... NOMBRES ..... TIPO Y Nº DE DOCUMENTO .....

FECHA DE NAC. .... / ..... / ..... LUGAR DE NACIMIENTO ..... NACIONALIDAD ..... SEXO  FEMENINO  MASCULINO.

ESTADO CIVIL ..... GRUPO SANGUÍNEO ..... CUIL .....

DOMICILIO PARTICULAR. CALLE ..... MZNA. .... Nº ..... PISO ..... DPTO. .... BARRIO ..... C.P. ....

TEL. FIJO..... TEL.CELULAR ..... TEL.LABORAL .....

E-MAIL..... ES PROPIETARIO?  SI  NO

TEL. REFERENCIA ..... Nº TEL. REF. PERTENECE A: NOMBRE: ..... PARENTESCO.....

DOMICILIO ADICIONAL\* CALLE ..... Nº ..... PISO ..... DPTO. .... BARRIO ..... C.P. ....

LOCALIDAD ..... \* SÓLO COMPLETAR SI EL AFILIADO QUIERE RECIBIR DOCUMENTACIÓN DEL SINDICATO EN DOMICIO DISTINTO AL PARTICULAR

CATEGORÍA  ACTIVO  JUBILADO CONV. NACIONAL  ADHERENTE CONV. NACIONAL  JUBILADO CONV. PROVINCIAL  ADHERENTE CONV. PROVINCIAL

JUBILACIÓN /  
PENSION EN TRÁMITE

1. Inicio trámite a través del Sindicato  
 SI  NO

\* Para solicitar el inicio del trámite comunicarse con la Secretaría de Previsión

2. Anticipo reintegrable por Ayuda Mutua (Art. Nº6)  
 SI  NO

\* Para solicitar la Ayuda comunicarse con la Sec. de Previsión y ver condiciones establecidas en Art. 6 del reglamento Ayuda Mutua.

**Recordar que al finalizar el trámite deberá enviar nuevamente Ficha de Afiliación con los datos previsionales correspondientes.**

**DATOS LABORALES**

EMPRESA ..... CUIT (EMPRESA) ..... CARGO .....

SECTOR/ SECCIÓN ..... REPARTICIÓN .....

FECHA INGRESO EMPRESA .... / ..... / ..... Nº SOBRE ..... Nº LEGAJO ..... OBRA SOCIAL .....

TIPO DE CONTRATO  PERMANENTE  CONTRACTUAL (INDICAR PLAZO ..... )  TEMPORARIO (INDICAR PLAZO ..... )  OTRO

PERTENECIO A OTRO SINDICATO  SI  NO MOTIVO DE BAJA  VOLUNTAD PROPIA  FIN RELACIÓN LABORAL  OTRO .....

ART..... AUTORIZACION RETENCION CUOTAS SINDICALES VIA SUELDO (SI LA EMPRESA TIENE CONVENIO PARA RETENCIÓN)  SI  NO

**DATOS PREVISIONALES**

**CAJA JUBILACIÓN** ..... **Nº LEY** ..... **Nº BENEFICIO** ..... **Nº SUBINDICE** .....

**FECHA DE INICIO JUBILACIÓN / PENSIÓN** ...../...../..... **POSEE APODERADO**  SI (COMPLETAR FORMULARIO B5)  NO

**PERTENECE A OTRO SINDICATO**  SI  NO **MOTIVO DE BAJA**  VOLUNTAD PROPIA  FIN RELACIÓN LABORAL  OTRO

**DATOS COMPOSICIÓN FAMILIAR (CÓNYUGUE Y FAMILIARES A CARGO)**

APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CUIL	¿ESTUDIA? NIVEL DE ESTUDIO	¿POSEE DISCAPACIDAD?

**BENEFICIARIO AYUDA MUTUAL**

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	TIPO Y NRO. DMI	FECHA DE NACIM.	BENEFICIO %

**DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR A LA SOLICITUD:**  
 • Fotocopia Documento Identidad Solicitante/ Conyuge/ Familiares a cargo  
 • Fotocopia Libreta de Familia  
 • Fotocopia de Recibo de Sueldo Solicitante

FIRMA DEL AFILIADO: .....

**Declaro que los datos provistos por el presente formulario y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mí:**

FIRMA SECRETARIO SECCIONAL/ SUBSECCIONAL.: .....

**FECHA DE ACEPTACIÓN SOLICITUD DE AFILIACIÓN SEC. DE ORGANIZACIÓN:** ...../...../..... **VISADO Y AUTORIZADO POR:** .....

FIRMA SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN