

Solicitud de Afiliación

Completar con letra clara y de imprenta

AFILLADA/O N° _____

Compañero Secretario General:

El/La que suscribe _____

Domicilio en _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel: _____ Celular: _____ E-mail: _____

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N° _____ C.U.I.L.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____ Grupo Sang.: _____

Sexo: _____ Empresa: _____

Fecha Ingreso a la Empresa: ____ / ____ / ____ Especialidad: _____

Solicita ser aceptada/o como ACTIVA/O comprometiéndose a cumplir las disposiciones del Estatuto.

Declaro bajo juramento que los siguientes datos son reales:

Grupo Familiar Primario:

Cónyuge Apellido y Nombre: _____

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N° _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____

Hijo / Hija Apellido y Nombre: _____

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N° _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____

Hijo / Hija Apellido y Nombre: _____

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N° _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____

Hijo / Hija Apellido y Nombre: _____

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N° _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____

Hijo / Hija Apellido y Nombre: _____

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N° _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____

Requisitos:

- * Entregar la solicitud completa.
- * Adjuntar con la solicitud 2 (dos) fotos carnet.
- * Adjuntar con la solicitud al menos la fotocopia de 3 (tres) bolos SICA-APMA de Publicidad ó 1 (uno) contrato de largometraje SICA-APMA ó último recibo de sueldo los cuales acrediten el haber trabajado en la Industria Cinematográfica Argentina en los últimos 6 meses.
- * La aprobación de la afiliación será puesta a consideración de la Comisión Directiva de SICA-APMA.
- * La asignación gremial a la cual la/el ingresante aspire debe coincidir con la asignación o calificación profesional que figure en la constancia de trabajo (bolo, contrato o recibo de sueldo) presentada.

Firma

Observaciones:

Firma Aprobación

Fecha