



# SURyA



**SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES DE REMISES AUTOS al INSTANTE**

**Personería Gremial N° 1850**

**Cerrito N° 228 -1º "C" – C1010AAF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel: 011-4384-1073**

**Página Web: [www.surya.org.ar](http://www.surya.org.ar) Correo Electrónico: [info@surya.org.ar](mailto:info@surya.org.ar)**

## Solicitud Individual de Afiliación

De acuerdo a lo dispuesto por la ley de Asociaciones y el Estado Social de este Sindicato, solicito se reciba mi adhesión y se me otorgue la afiliación gremial, para la que detallo en concepto de Declaración Jurada, los siguientes datos:

Afiliado N°:

Apellido/s:.....

Nombre/s:..... **Correo Electrónico:.....**

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Documento: DNI – LE – LC – CI:.....

C.U.I.L N°:.....

Nacionalidad:..... Estado Civil:.....

Domicilio Particular:..... N°..... Piso..... Dto:.....

Entre Calles:..... Tel:.....

Localidad:..... C.P:..... Partido:..... Pcia:.....

Obra Social:.....

### Familiares a cargo (Cónyuge – Hijos)

Apellido y Nombre	Fecha de Nac.	Parentesco	D.N.I.

### DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador y/o Nombre de Fantasía:.....

C.U.I.T N°:.....

**Correo Electrónico:.....**

Domicilio:.....

Entre Calles:..... Tel:.....

Localidad:..... C.P:..... Partido:..... Pcia:.....

°Categoría Laboral:..... Fecha de Ingreso a la Empresa:...../...../.....

Propietario / Chofer:.....

Firma del Solicitante:.....

Aclaración de la Firma:.....

DNI / CI / LE / LC N°:.....

## PRESTACIÓN Y SERVICIOS

- **Seguro de Vida Colectivo y Sepelio:** En mi condición de beneficiario titular del Seguro de Vida Colectivo de Sepelio, correspondiente al ART. 25 del CCT 694/2014, manifiesto con carácter de Declaración Jurada, que mi grupo familiar se encuentra integrado por quienes serán los únicos amparados del Seguro de Vida Colectivo de Sepelio.

Apellido y Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	DNI

Asimismo declaro que me encuentro notificado que es requisito para gozar del beneficio, acreditar, al momento del siniestro, que se encuentran pagos la totalidad de los aportes mensuales que requiere el ART. 25 del CCT 694/2014.

- **Cursos y Capacitaciones:** Declaro que me encuentro notificado del beneficio que otorga el Instituto de Formación Profesional, el cual corresponde al ART. 27 del CCT 694/2014. Este beneficio estará disponible siempre y cuando se encuentren la totalidad de los aportes mensuales, que requiere el ART. 27 del CCT 694/2014, al día.

Firma del Solicitante:.....

Aclaración de la Firma:.....

DNI / CI / LE / LC N°:.....

Fecha de Ingreso al Sindicato:...../...../.....

Adherido a la **FAREM** (Federación Argentina de Remiseros).

Secretario de Organización:.....Secretario Administrativo:.....

Secretario de Actas:.....Secretario General:.....