



Asociación de Funcionarios
de Impositiva
A.F.I. C.O.F.E. PIT-CNT

SOLICITUD de AFILIACIÓN

FECHA de SOLICITUD

Sr. Presidente de la Comisión Directiva de A.F.I.

Solicito a usted y por su intermedio a la Comisión que preside, la aceptación de mi afiliación como asociado. Por este medio acepto y me comprometo al cumplimiento de todas las disposiciones estatutarias y demás resoluciones concordantes.

Nro. de Orden		Cédula de Identidad	
Nombres			
Apellidos			
Dirección		Ciudad	
Tel. Part.:	Tel. Oficina:	Celular:	
Domicilio Electrónico Constituido (e-mail):			
Fecha de nacimiento		Estado Civil	
División en que trabaja		Oficina	

Si tiene hijos menores de 18 años, por favor complete el cuadro a continuación.

Nombre		Fecha nac.	
Nombre		Fecha nac.	
Nombre		Fecha nac.	

IMPORTANTE: se deberá permanecer afiliado un mínimo de 12 meses a partir de la fecha de aprobación de la presente solicitud.

Ante modificaciones de los datos indicados en este formulario, las mismas deberán ser comunicadas a AFI a través del mail afigremio@adinet.com.uy.

Autorizo a descontar de mis haberes la cuota gremial mensual correspondiente.

FIRMA

Autorizado en sesión del día Firma responsable