

Afiliaciones



Es mi deseo pertenecer a la APSE, por lo tanto solicito al Directorio Nacional que se me acepte como miembro activo a partir

del mes de _____ del 200 ____

1º apellido _____ 2º apellido _____ Nombre _____

Cédula N° _____ Grupo prof. _____ Email _____

¡Quiero ingresar!

Cargos que desempeña _____

Instituciones donde trabaja _____

Dirección en tiempo lectivo _____ Teléfono Hab.: _____ Celular: _____

Dirección en vacaciones _____ Teléfono Hab.: _____ Celular: _____

Autorizo al Directorio para que proceda a realizar la deducción correspondiente de mi salario o pensión nominal, por un período mínimo de tres meses a partir de la fecha de ingreso.

Lugar _____ Fecha _____ de _____ del 200 ____ Firma _____

INFOMACIÓN IMPORTANTE

Tendrán derecho a integrar el Padrón Electoral quienes tengan un mínimo de un mes de afiliación a la fecha de la respectiva elección, contado a partir de que el Directorio de la APSE apruebe el ingreso como afiliado (a). (Art. 7 y 13 del Estatuto). Si la boleta se envía por fax se le dará trámite solo si adjunta copia del documento de identidad por ambos lados.