



FICHA de AFILIACIÓN / Escribir con letra imprenta
Datos personales / laborales

Seccional:	
Apellidos:	Nombre/s Autopercebido/s (*) :
Tipo y N° Documento:	
Domicilio:	Código Postal:
Localidad:	Provincia:
Nacionalidad:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	
Género: Marque con una cruz la opción con la que se identifique Mujer <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón Trans <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No binarie <input type="checkbox"/> Género Fluido <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores (ESPECIFIQUE) Prefiero no responder <input type="checkbox"/>	
Persona con discapacidad (marcar)	SÍ NO
Teléfono particular:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	
Profesión:	
Ministerio:	Secretaría:
Repartición:	Fecha de ingreso:
Convenio Laboral:	Teléfono laboral:
N° de Legajo:	N° de Jubilada/e/o:

* Ley 26743 de Identidad de Género Art. 12, Trato Digno: cuando el nombre de pila sea distinto al consignado en su DNI, se indicará entre paréntesis las iniciales del nombre que figure en el DNI, y se agregará el nombre de pila elegido por la persona

DECLARACIÓN JURADA DEL GRUPO FAMILIAR A CARGO

	Nombres y Apellidos	Tipo y N° DOC.	Fecha de Nacimiento	Género	Pers. con Discapacidad
Cónyuge					
Hijo/a					

Acepto el descuento de la cuota sindical y/o social por administración:	SÍ	NO
---	----	----

Firma: Aclaración: Fecha:

Para ser completado por la/le/el delegada/e/o

Certifico haber afiliado a **la/le/el compañera/e/o** detallado en la presente, quien me aceptó la afiliación y el descuento en concepto de acuerdo a nuestro estatuto.

Firma: Tipo y N° Doc.:

Aclaración: Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO

Seccional	N / P / M	Org. / Minist.	Repartición	Sector	Fecha ingreso ATE

NOTA: Con esta ficha Ud. **queda afiliada/e/o** a ATE. Entréguela en su **seccional, delegación**, a su delegada/e/o, o mándela por correo al **Consejo Directivo Nacional de ATE - Departamento de Afiliaciones, Av. Belgrano 2527 (1096), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**