



Un sindicato INDEPENDIENTE
que defiende tus intereses, tu puesto de trabajo
y la LIBERTAD DE ENSEÑANZA



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

SOLICITA SU INGRESO EN EL SINDICATO DE (indicar Provincia)

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____
 C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____
 Tfno: _____ Móvil: _____ E-mail: _____
 N.I.F.: _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____

DATOS PROFESIONALES

Nombre del Centro: _____
 Dirección: _____ C.P.: _____ Población: _____
 Tfno.: _____ Fax: _____ Titulación: _____
 Categoría profesional: _____ Trabajador en paro: SI - NO
 Convenio aplicable: _____ Fecha de ingreso en el Centro: ____ - ____ - ____

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante queda informado en este momento de que sus datos se incorporan al fichero de este Sindicato, autorizando a éste al tratamiento de los mismos con fines sindicales, así como la comunicación o cesión de estos datos, con el mismo fin si fuera necesario, a la Federación (FSIE) y al resto de Sindicatos Independientes de Enseñanza de su Comunidad Autónoma. El solicitante queda informado de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito ante el Sindicato al que se afilia.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

FIRMA

DATOS BANCARIOS

Entidad bancaria: _____ Dirección: _____
 Ruego carguen en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente el Sindicato Independiente de Enseñanza.
 Nombre del titular de la cuenta: _____
 En _____ a _____ de _____ de 20 ____

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)											
ENTIDAD			OFICINA			D.C.			NÚMERO DE CUENTA		

FIRMA