

ANPE SINDICATO INDEPENDIENTE

PROVINCIA DE RESIDENCIA: _____
Remitir por faz donde Corresponda

A Coruña: 981 27 21 32 C
Pontevedra: 986 86 01 30

Lugo: 982 25 27 16
Ourense: 988 39 18 43

DATOS PERSONALES

Apellidos	Nombre	NIF	Letra
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Domicilio	Código Postal	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Localidad	Provincia	Teléfono	Otro Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de cuenta donde domicilia el pago de cuotas			Autorizo el Envío de Mensajes al Móvil <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>			E-Mail <input type="text"/>

DATOS PROFESIONALES

Número del registro Personal	Código Centro destino	No Universitaria <input type="checkbox"/>	Universitaria <input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Nombre del Centro de destino	Localidad del Centro de destino	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tfn. del Centro <input type="text"/>	Fax del Centro <input type="text"/>				
Docente <input type="checkbox"/>	Diplomado <input type="checkbox"/>	Activo <input type="checkbox"/>	Maestros <input type="checkbox"/>	Definitivo <input type="checkbox"/>			
Administración <input type="checkbox"/>	Licenciado <input type="checkbox"/>	Pasivo <input type="checkbox"/>	P. Secundaria <input type="checkbox"/>	Provisional <input type="checkbox"/>			
Laboral <input type="checkbox"/>	Doctor <input type="checkbox"/>	Excedente <input type="checkbox"/>	P. Técnicos <input type="checkbox"/>	Interino <input type="checkbox"/>			
Otro <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Paro <input type="checkbox"/>	Catedráticos <input type="checkbox"/>	Expectativa destino <input type="checkbox"/>			
Centro de Educación	Infantil <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	F. Profesional <input type="checkbox"/>	E.A. <input type="checkbox"/>	Idiomas <input type="checkbox"/>
Especialidad por la que está ejerciendo	Otras especialidades que posee						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						

AUTORIZO a ANPE Sindicato Independiente el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de tramitar correspondencia de información exclusivamente sindical al domicilio particular en efectos y aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

En _____ a _____ de _____ de 200__
Firma

ORDEN DE CARGO BANCARIO

Sr. Director de (Banco, Caja)	<input type="text"/>	Sucursal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
Titular de la cuenta					
<input type="text"/>					
Nº de cuenta					
<input type="text"/>					

AUTORIZO a esa entidad bancaria para que en mi nombre, y con cargo a mi cuenta, tenga a bien abonar mis cuotas a ANPE, Sindicato Independiente

En _____ a _____ de _____ de 200__

Firma