



SINDICATO DE PROFESORES SUPERACION UNIVERSITARIA

SOLICITUD DE AFILIACION

I.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____
Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____
Domicilio: _____
Colonia: _____
Código Postal: _____ Municipio: _____
Teléfono Casa: _____ Celular _____ Oficina: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo _____ Núm de Hijos: _____
Estado Civil: _____ Correo: _____

II.- DATOS LABORALES

Fecha de Ingreso UABC.: _____
Núm. De Empleado: _____ Categoría /Nivel: _____
Unidad Académica: _____
Profesor de: **Asignatura** **Tiempo Completo** **Medio Tiempo**
Profesión: _____
Especialidad(es): _____
Posgrado(s): _____

Me comprometo a cumplir los ordenamientos que Rigen nuestro Organismo Sindical, tales como los Estatutos, Contrato Colectivo de Trabajo, sus Reglamentos y Acuerdos correspondientes.

Expreso mi conformidad para que me sea descontada vía nómina la cuota Sindical del 1% sobre salario Nominal que establece el precitado estatuto.

Mexicali, B.C. a ____ de _____ de 20____

Nombre y Firma