



SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

CURP: _____ RFC: _____

DATOS PARTICULARES

Calle: _____ No. Ext.: _____

No. Int.: _____ Colonia: _____

C.P.: _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ E-Mail UV: _____

E-Mail personal: _____

DATOS LABORALES

Número de Personal: _____ Fecha de Ingreso: _____

Dependencia: _____

Clave de la Dependencia: _____ Región: _____ Tipo de Personal: _____

(Académico/Administrativo)

Categoría: _____ Tipo de Contratación: _____

No. de Afiliación IPE: _____ No. de Afiliación SSTEUV: _____

Último Grado de Estudios: _____ NSS IMSS: _____

Es mi deseo y voluntad pertenecer a este sindicato por lo que me comprometo a partir de la fecha en que mi afiliación sea aceptada por el Comité Ejecutivo del Sindicato de Trabajadores de la Universidad Veracruzana (STUV), a cumplir y hacer cumplir de manera obligatoria, **los estatutos, lineamientos y todos los acuerdos** que emanen de esta organización. Así como aportar la cuota sindical correspondiente, dando el consentimiento para que dicho descuento sea efectuado de la nómina de pagos de cada salario quincenal. Renunciando en este acto, a cualquier otra afiliación sindical dentro de la Universidad Veracruzana, donde presto mis servicios como trabajador, si esta existiera.

Nombre y Firma del Interesado