

FICHA DE AFILIACIÓN

a.d.u.m.

Apellido: _____

Nombres: _____

DNI: _____ Fecha Nac.: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Cant. hijos: _____

Correo electrónico: _____

Facultad: _____ Legajo: _____

Cargo y dedicación: _____

FIRMA

FECHA

Por la presente autorizo que la UNMdP descuenta el importe correspondiente a la cuota gremial de **a.d.u.m.**

CAMPAÑA DE AFILIACIÓN



CRECER ES DEFENDER
LA UNIVERSIDAD PÚBLICA

✂ ————
CONSTANCIA DE AFILIACIÓN

a.d.u.m.

FECHA