Nº Referencia :

ASOCIACION NACIONAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

ANEP

AFILIACIÓN SECTOR PÚBLICO

Deseo ser Anepista por lo que solicito a la Junta Directiva Nacional se me acepte como afiliado/a

Nombre:_____**Apellidos:**_____

Nº de cédula:_____**Fecha de Nacimiento:**_____

Institución: _____

Dependencia: _____

Departamento:_____**Puesto:**_____

Interino: _____**Propiedad:**_____**Fuente de Pago:**_____

Lugar y dirección del centro de trabajo:_____

_____

Teléfono de la casa:_____**Celular:**_____**Oficina:**_____

Provincia:_____**Correo electrónico:**_____

Adicionalmente designo como beneficiarios de la Póliza Básica Colectiva de vida ANEP INS - VIC-989

En caso de adquirir la póliza, esta información es de carácter obligatorio, de venir en blanco no se tramitará en el INS.

Nombre y apellidos	Nº de cedula	Parentesco	%	edad	Teléfono

Me comprometo a llenar la boleta original de declaración de beneficiarios de dicha póliza.

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 69, Inciso k, del Código de Trabajo, autorizo se me deduzca el 1% de mi salario mensual total sin deducciones, como cuota sindical.

Firma:_____

Para uso del Departamento de Afiliación de ANEP

Afiliado por: _____

Fecha de afiliación:_____