

N.º 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: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 69, Inciso k, del Código de Trabajo, autorizo se me deduzca el 1.25 % de mi salario mensual total sin deducciones, como cuota sindical.

Firma: \_\_\_\_\_

Además, acepto que se me incorpore a la Póliza Básica Voluntaria de Seguros ANEP- INS y que se me deduzca el monto por este concepto. Tomo nota de que hasta que el INS reporte a la ANEP la primera deducción al respecto, dicha póliza me cubrirá a mí y a las personas beneficiarias que yo designe, para lo cual firmo aquí:

Firma: \_\_\_\_\_

Posteriormente me comprometo a llenar  
la boleta original de declaración de beneficiarios de dicha póliza

**Para uso de la sección de Afiliación de ANEP**

Afiliado por: \_\_\_\_\_

Fecha de afiliación: \_\_\_\_\_