Sindicat
ALTERNATIVA
Docent

Data d'alta_____ Núm registre_____

FULL D'AFILIACIÓ

Nom ----------

Cognoms ----------

DNI __ __ __ __ __ __ __ __ __

Sexe: ☐ Dona ☐ Home

Data naixement: ____ (DIA) _____ (MES) _____ (ANY)

Adreça electrònica: ---------- @ ----------

Adreça postal: ----------

Codi postal ---------- Població ----------

☐ **M'interessa rebre informació via mail a l'adreça indicada**

☐ **Don consentiment per formar part del grup de whatsapp d'afiliats**

Telèfon mòbil ---------- **Telèfon fix** ----------

Sector: ☐ Públic ☐ Concertat

Etapa educativa: ☐ Infantil/Primària ☐ Secundària ☐ FP ☐ EOI

☐ Enseny. Artístics ☐ Mestres ESO

Situació laboral: ☐ Interí ☐ Expectativa ☐ Definitiu ☐ Comissió de serveis

☐ Atur ☐ Jubilat ☐ 1/2 Jornada o menys

Titulació acadèmica: ----------

Centre de treball: ----------

Deman l'alta d'afiliació al Sindicat Alternativa Docent i accept els estatuts que regeixen el seu funcionament

Quota d'afiliació: ☐ 30 €/any ☐ 15 €/any (mitja jornada i aturats)

☐ Amics d'Alternativa (aportació voluntària) _____ €/any

Sol·licit, a partir d'aquesta data i fins nou avís, el càrrec al compte indicat a sota dels rebuts que presentarà el Sindicat Alternativa Docent

Compte Bancari-IBAN

ES__ __

Entitat Oficina DC Número de compte

----------, ____ de _____ de 20 ____ Signatura