



# ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE MÉDICA URUGUAYA FUS PIT- CNT

CON PERSONERÍA JURÍDICA  
Av. Italia 2478 \* Telefax: 2487 2968 \* Montevideo

**DESARROLLAR EL SINDICALISMO ES  
DESARROLLAR LA DEMOCRACIA**

Por la presente solicito mi afiliación a **A.P.M.U.** adherida a F.U.S., autorizando a descontar de mis haberes la cuota social correspondiente.

Nº de Funcionario: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

F. Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ Interno: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a descontar, mensualmente, de mis haberes el 1% correspondiente a la cuota de afiliación de **A.P.M.U.**

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