|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **SINDICATO NACIONAL N°5 FINNING CHILE**  **Dirección** Juan Glasinovic #360 puerta 2 **Teléfono** +56 9 42599619 / +56 9 23863803 **Email:** sindicato5.finning@gmail.com  **URL:** www.sindicato5finning.cl  **SOLICITUD AFILIACIÓN SINDICAL** |  |  | | --- | | **Fecha:** |  |  |  | | --- | --- | | **Nombre Completo:** | **Rut:** |   Solicito a la directiva del Sindicato de Trabajadores N°5 FINNING CHILE S.A, su aceptación como  socio de ese organismo, declarando conocer los estatutos y reglamentos vigentes.  **DATOS PERSONALES:**   |  |  | | --- | --- | | **Fecha de Nacimiento** |  | | **Lugar de trabajo** |  | | **Cargo** |  | | **Dirección Personal** |  | | **Ciudad** |  | | **Celular** |  | | **Correo electrónico** |  | | **Fecha Ingreso Empresa** |  |   Complete la información solicitada e ingrese sus datos bancarios para beneficios de nuestro sindicato.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Banco:** | **Tipo Cta:** | **N° Cuenta:** |   El costo de afiliación es de $40.000 los cuales serán descontados de forma interna en 4 cuotas mensuales. Por lo anterior, autorizo a mi empleador FINNING CHILE S.A, descontar de mi sueldo, por concepto  de cuotas según lo señalado en el artículo 37°, además de lo indicado en el artículo  42° y 43° como régimen disciplinario del estatuto vigente y por concepto de préstamo que solicite.   |  | | --- | |  |     **Firma trabajador/ar** |