



SOLICITUD DE AFILIACION

Nº:

FECHA DE AFILIACIÓN: /...../202....

I.- IDENTIFICACION DEL ASOCIADO/A

NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:		R.U.T.:	
PROFESIONAL, TÉCNICO Y/O ADMINISTRATIVO:			
DIRECCION PARTICULAR: CALLE:	Nº	CIUDAD:	FONO: CELULAR:
CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL: _____@dt.gob.cl			

II.- ANTECEDENTES LABORALES Y PREVISIONALES

ESCALAFON:		FUNCION:	
LUGAR DE DESEMPEÑO:		TIPO DE CONTRATO:	GRADO:
I.P.T. ☐		PLANTA ☐	
I.C.T. ☐		CONTRATA ☐	
D.R.T ☐		SUPLENCIA ☐	
OTROS. ☐		REEMPLAZO ☐	
DIRECCION OFICINA: CALLE:	Nº	CIUDAD:	FONOS:
FECHA INGRESO AL SERVICIO:		FECHA INGRESO ADM. PUBLICA:	

FIRMA SOLICITANTE

Nota: Solicito el ingreso a la **Asociación de Profesionales de la Dirección del Trabajo**, y declaro contar con los requisito establecidos en los Estatutos vigentes. *Además, autorizo al Departamento de Remuneraciones, para que seefectúen los descuentos correspondientes a la cuota mensual del 2,5% del sueldo base y, una de incorporación del 2% del sueldo base.*