



Formulario afiliación

Nombre completo: _____

C. I.: _____ Filial: _____ N° de cobro: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____

Teléfono celular: _____

Correo: _____

Asignatura(s) que dicta: _____

LICEOS EN QUE TRABAJA:

1: _____ N° DE HORAS: _____

2: _____ N° DE HORAS: _____

3: _____ N° DE HORAS: _____

DECLARO QUE CONOZCO LOS ESTATUTOS Y ME COMPROMETO A CUMPLIRLOS. AUTORIZO A DIVISIÓN HACIENDA DE ENSEÑANZA SECUNDARIA A RETENER DE MIS HABERES EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A CUOTA SOCIAL, EL CUAL SERÁ EL QUE FIJE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA (FENAPES). DEJO CONSTANCIA QUE DICHO IMPORTE SERÁ RETENIDO EN FORMA MENSUAL Y EN TODOS LOS CASOS, LOS PAGOS SE COMPUTARÁN A FAVOR DE FENAPES.

FECHA: ____/____/____

FIRMA: _____ CONTRAFIRMA: _____

PERSONAS AFILIADAS QUE LE PRESENTAN:

1: _____

2: _____