

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRE:						
D.N.I.	FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO:			
DOMICILIO:					Nº	PTA
MUNICIPIO:			C.P.	PROVINCIA:		
TELEF. FIJO	TELEF. MÓVIL	E-MAIL:				
SINDICATO DE PROCEDENCIA (MARCAR LO QUE PROCEDA)	CSIF	UGT	SPPLB	STAS	CCOO	NINGUNO/O TRO

DATOS PROFESIONALES:

AYUNTAMIENTO DE:	CATEGORIA PROFESIONAL:	FUNCIONARIO Nº	UNIDAD DESTINO

En _____, a _____, de _____, de 20__.

Con este alta de afiliación, el/la firmante acepta todas u cada una de las especificaciones contenidas en la reglamentación interna del SIPOL-CV, el cual estará obligado a proporcionarle la asistencia correspondiente a su condición específica. Asimismo, en caso de causar baja en el Sindicato, el/la firmante deberá de igual modo, comunicarla por escrito y renuncia desde el mismo momento en que la baja sea notificada, a cualquier tipo de prestación o asistencia que esté siendo proporcionada por el Sindicato independientemente de su carácter o modo o fecha de producción de los hechos. El mismo efecto tendrá la expulsión disciplinaria.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante queda informado que los datos del afiliado pasan a formar parte del fichero del Sindicato de Policías Locales de la Comunidad Valenciana (SIPOL-CV), cuya finalidad es servir de soporte de gestión de los expedientes de los afiliados y de quienes se encuentren en proceso de incorporación al mismo.

Asimismo, el/la firmante otorga su consentimiento para ceder o comunicar sus datos a las entidades públicas o privadas cuya intervención sea necesaria o conveniente en la realización de operaciones necesarias o conexas a los fines propios del Sindicato, así como el acceso por parte de quien el Sindicato considere oportuno para su propia gestión interna, a los datos y expedientes de los afiliados administrados o gestionados por el Sindicato o los servicios y empresas por el Sindicato proporcionados y/o contratados, así como para remitirle información por cualquier medio (correo electrónico, fax, teléfono, correo ordinario, sms, etc.) sobre posibles ofertas o servicios relacionados con su condición de afiliado. No obstante, sobre lo señalado, el/la afectado/a puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición remitiendo un escrito dirigido al SIPOL-CV.

AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO POR ENTIDAD BANCARIA

D/Dña _____ con D.N.I. _____, por la presente **AUTORIZO** al Sindicato de Policías Locales de la Comunidad Valenciana (SIPOL-CV) para que a partir del día de la fecha, proceda a descontar en mi cuenta bancaria el importe correspondiente de mi cuota sindical en calidad de afiliado/a.

DATOS BANCARIOS

ENTIDAD BANCARIA:															
CÓDIGO IBAN				ENTIDAD				SUCURSAL				D.C.		NÚM. CUENTA	

_____ a, _____ de _____, de 20__.

Fdo: