

Sr. Presidente de la  
**Asociación del Personal Jerárquico**  
 de la Empresa Provincial de la Energía de Santa Fe  
**Presente**

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a efectos de solicitar mi afiliación en la categoría de **ACTIVO-ADHERENTE** a la Asociación que Ud. preside, declarando conocer los estatutos vigentes.

Seguidamente y con carácter de **Declaración Jurada**, detallo mis datos personales.

|                               |                                    |                              |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Apellido:                     | Nombres:                           |                              |
| Lugar de Nacimiento:          | Fecha de Nacimiento:               | Tipo y Doc. N°:              |
| Domicilio Actual              |                                    | Teléfono Particular:         |
| Localidad:                    | N° Celular:                        |                              |
| Correo Electrónico Personal:  |                                    |                              |
| Desea ser Donante de Órganos: |                                    | Desea ser Donante de Sangre: |
| Grupo Sanguíneo:              | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |                              |

Datos laborales a la fecha.

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| Sector:            | Cargo                 |
| Nivel:             | N° Legajo Personal    |
| Fecha de Ingreso:  | Profesión:            |
| Domicilio Laboral: | Teléfono e interno:   |
| Localidad:         | N° de Caja de Ahorro: |
| Banco:             | Sucursal:             |
| Localidad:         | Correo Electrónico:   |

Sin otro particular, lo Saludo Muy Atentamente.

.....  
 Firma

### RESOLUCIÓN DE COMISION DIRECTIVA DE LA A.P.J. EPE SANTA FE

En sesión de Comisión Directiva de fecha ....., se resolvió  
 APROBAR – RECHAZAR, la presente solicitud.

|   |            |              |
|---|------------|--------------|
| <b>V° B°<br/>Comisión<br/>Directiva</b> | CATEGORIA: | AFILIADO N°: |
|---|------------|--------------|

.....  
 Secretario de Organización y Prensa

.....  
 Presidente

Sr. Presidente de la

**Asociación del Personal Jerárquico**

de la Empresa Provincial de la Energía de Santa Fe

**Presente**

De mi mayor consideración:

Seguidamente y con carácter de **Declaración Jurada**, detallo los datos personales de mi GRUPO FAMILIAR.

**Cónyuge:**

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. N°:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

**Vínculo:.....**

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. N°:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

**Vínculo:.....**

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. N°:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

Sin otro particular, lo Saludo Muy Atentamente.

.....  
N° Legajo.....  
Aclaración.....  
Firma

Vínculo:.....

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. Nº:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

Vínculo:.....

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. Nº:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

Vínculo:.....

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. Nº:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

Vínculo:.....

|                              |                                    |  |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Apellido:                    | Nombres:                           |  |  |
| Lugar de Nacimiento:         | Fecha de Nacimiento:               |  |  |
| Tipo y Doc. Nº:              | Ocupación:                         |  |  |
| Profesión:                   | Desea ser Donante de Órganos:      |  |  |
| Correo Electrónico Personal: | Desea ser Donante de Sangre:       |  |  |
| Grupo Sanguíneo:             | Factor de Sanguíneo <b>RH:</b> ( ) |  |  |

.....  
Nº Legajo

.....  
Aclaración

.....  
Firma