



SINDICATO COLECTIVO EMERGENCIAS MADRID

Dirección: C/ Cipriano Sancho 13 28017 Madrid

Teléfono: +34 663 62 01 02

e-mail: info@sincemmadrid.es

e-mail Movilidad: seccionagm.cem@gmail.com

HOJA DE AFILIACIÓN

1er Apellido		2º Apellido	
Nombre	DNI	Fecha de nacimiento	
Dirección		Número	Piso
		Cód. Postal	
Población	Provincia	Teléfono MÓVIL	
Teléfono FIJO		Correo Electrónico	
AYUNTAMIENTO DONDE TRABAJA		PROFESIÓN	Número Identificación
CARGO/EMPLEO	PROMOCIÓN	TURNO	UNIDAD DE DESTINO
FECHA DE ALTA		Firma del solicitante	

Si estás interesado en recibir información oficial del Sindicato por cualquiera de los diferentes medios de comunicación vía telefonía móvil, **marca la casilla o casillas que te interesen autorizándonos a utilizar tus datos:**

☐

WHATSAPP

☐

TELEGRAM

La doble afiliación deja sin efectos la cobertura del seguro de sanciones

Los datos personales del presente documento podrán ser incorporados y tratados en el fichero "Afiliados" del Sindicato Colectivo de Emergencias Municipales, cuya finalidad es la prestación de los servicios propios del sindicato. Se podrán ceder de conformidad con la legislación en materia de protección de datos de carácter personal. El órgano responsable del fichero es el Sindicato Colectivo de Emergencias Municipales, Calle Cipriano Sancho 13, 28017 Madrid, ante el que la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento de los artículos 5 y 11 de la Ley Orgánica de 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Por la presente y conforme a lo establecido en el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 11/85 de 2 de agosto, de Libertad Sindical, le ruego que a la recepción de este aviso y hasta nueva orden, se sirva descontar de mi nómina la **cuota sindical de 10 euros** que en concepto de afiliación me corresponde abonar al Sindicato Colectivo de Emergencias Madrid, autorizando expresamente que se comunique a este sindicato, los datos referidos al pago de la cuota sindical a los efectos de que el sindicato pueda conocer el efectivo abono de la cuota.

Ayuntamiento de _____ a _____ de _____ de _____

Titular de la nómina

DNI

Firma

IMPRESINDIBLE ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI PARA TRAMITAR EL ALTA