

Solicitud de Afiliación

AFLUADA/O N° _____

Compañero Secretario General:

El/la que suscribe _____

Domicilio en _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel: _____ Celular: _____ E-mail: _____

D.N.I N° _____ C.U.I.L.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento : ____/____/____ Nacionalidad: _____

Género: _____ Empresa (opcional): _____

Fecha Ingreso a la Empresa: _____ Especialidad: _____

Solicita ser aceptada/o como ACTIVA/O comprometiéndose a cumplir las disposiciones del Estatuto.

Declaro bajo juramento que los datos son reales

Grupo Familiar Primario:

Cónyuge Apellido Y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____ Género: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Hijo/Hija Apellido Y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____ Género: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Hijo/Hija Apellido Y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____ Género: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Hijo/Hija Apellido Y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____ Género: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Hijo/Hija Apellido Y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____ Género: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Requisitos

Adjuntar con la solicitud

- Copia del DNI
- Foto digital tipo carnet
- Contratos generados en el sistema SICA que acrediten haber trabajado en la Industria Cinematográfica Argentina en los últimos 6 meses. 3 contratos en publicidad, video clip o 1 contrato de largometraje ficción, documental, animación.
- Personal mensualizado recibo de sueldo

La aprobación de la afiliación será puesta a consideración de la Comisión Directiva de SICAAPMA.

La asignación a la cual la/el ingresante aspire debe coincidir con las asignación o calificación profesional que figure en la constancia de trabajo (bolo, contrato o recibo de sueldo) presentada.

Observaciones:

Firma

Firma Aprobación

Fecha