**Federación de Empleadas y Empleados de los Servicios Públicos de UGT Extremadura**
La Legua, 17, 1ª planta 06.800 Mérida (BADAJOZ)
Apdo. de Correos 535
Tfnos: 924 485 370
Fax: 924 485 388
E-mail:regional@fesp-ugtpextremadura.org
Web: http://extremadura.fspugt.es/

SOLICITUD DE: INDICAR SIEMPRE DNI y TIPO DE SOLICITUD.

☐ ALTA
☐ Modificación de _____
☐ BAJA
☐ Voluntaria ☐ Jubilación ☐ Fallecimiento
☐ M. Económicos ☐ Traslado a: _____

## DATOS PERSONALES

**D.N.I./N.I.F.:** _____ - _____

**APELLIDOS:** _____ **NOMBRE:** _____

**Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer

**Fecha Nacimiento** ___ ___ ___ ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)

**Nivel Estudios** ☐ Primarios ☐ EGB/ESO ☐ BUP/Bachill ☐ FP. I ☐ FP. II ☐ Otros: _____ ☐ Tit.Media ☐ Tit.Superior

**Titulación Académica**
**(ó PROFESIÓN si no procede)** _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

Nº Teléfono: _____ E-Mail: _____

## DATOS LABORALES

**SITUACIÓN LABORAL**
☐ Asalariado Fijo
☐ Fijo discontinuo
☐ Contr.temporal/Interino
☐ Discontinuo/Desempleado

**EMPRESA:** _____

**Relación contractual** ☐ Funcionario ☐ Estatutario ☐ Laboral ☐ Docente

Categoría Profesional: _____

Centro de Trabajo: _____

Dirección: _____ Tfno: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

## DATOS DE AFILIACIÓN

**APARTADO A CUMPLIMENTAR POR EL SINDICATO**

Federación: FeSP-UGT EXTREMADURA

Persona responsable de afiliación **(campo obligatorio)**:

_____

**Observaciones:**

**Sistema de Cotización**
☐ Descuento en Nómina
☐ Domic.Bancaria Mensual

**Fecha de Solicitud**
___ ___ ___ ___ ___ ___ (DÍA MES AÑO)

Firma del solicitante

TRATAMIENTO DE DATOS:
El firmante autoriza a FeSP-UGT EXTREMADURA a incluir sus datos personales en su fichero, así como su utilización y tratamiento, automatizado o no, siempre que tenga por finalidad la gestión y el registro de los servicios que presta FeSP-UGT EXTREMADURA.
Los datos personales que se recogen en el presente documento, son de obligada cumplimentación al ser elementos indispensables para la prestación de los servicios ofertados por FeSP-UGT EXTREMADURA. Los datos podrán ser cedidos a las ENTIDADES que imparten formación en el ámbito de los Servicios Públicos, sólo a los efectos de prestación de servicios de formación al afiliado. Si el firmante se negase a suministrar dichos datos no se podrá dar curso al alta como afiliado.

Todo lo expuesto se entiende sin perjuicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que prevean las leyes vigentes y en especial la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, para lo que se podrá dirigir por escrito al responsable del fichero en FeSP-UGT EXTREMADURA, La Legua, 17, 1ª planta · 06800 MÉRIDA (Badajoz)

## AUTORIZACIÓN PARA EL DESCUENTO EN NÓMINA DE LA CUOTA SINDICAL

**A la empresa:** _____

Ruego a Vds. que a la recepción de este aviso, y hasta nueva orden, se sirvan descontar de mi nómina de haberes la cuota sindical que en concepto de afiliación me corresponde abonar a la UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES. Cualquier cambio de dicha situación deberá serles comunicada a través del Sindicato al que pertenezco.

Atentamente.

Titular de la nómina: _____ NIF: _____

Fecha: _____

Firma

# Orden de domic iliación de adeudo directo SEP A

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación : (Dejar e
Mandate reference

Identificador del acreedor: ES61-003-G78085149
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
FEDERACION DE EMPLEADAS Y EMPLEADOS DE LOS SERVICIOS PUBLICOS-UGT EXTREMADURA

Dirección / Address
C/ LA LEGUA, 17

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
06800 MÉRIDA (BADAJOZ)

País / Country
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera . By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(Titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población – Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) I Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 Positions always starting ES

Tipo de Pago:
Type of payment

☐ Pago Recurrente
Recurrent payment

o

☐ Pago único
One-offpayment

Fecha - Localidad:
Dale - location in which you are signing

Firma del deudor
Signature of debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.