

Full d'afiliació

Data d'alta Registre

NOM			LLINATGES		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

DATA NAIXEMENT	DNI	NIF	ADREÇA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODI POSTAL	LOCALITAT	ILLA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TELÈFON	TELÈFON MÒBIL	e-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTOR LABORAL			SITUACIÓ LABORAL			ESTATUS LABORAL							
<input type="checkbox"/> docent públic	<input type="checkbox"/> docent privat-concert.	<input type="checkbox"/> pers. laboral (centres públics)	<input type="checkbox"/> atur	<input type="checkbox"/> Interí	<input type="checkbox"/> funcionari	<input type="checkbox"/> personal laboral	<input type="checkbox"/> PND (centres privats)	<input type="checkbox"/> funció pública	<input type="checkbox"/> sanitat	<input type="checkbox"/> adm. local	<input type="checkbox"/> provisional/temp.	<input type="checkbox"/> definitiu/fix	<input type="checkbox"/> pers. estatutari
<input type="checkbox"/> sector privat (no docent)	<input type="checkbox"/> altres sectors: _____		<input type="checkbox"/> altres: _____			<input type="checkbox"/> altres: _____							

CENTRE DE TREBALL	CODI DEL CENTRE	LOCALITAT DEL CENTRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EMPRESA	PROFESSIÓ	ETAPA (DOCENT) / CATEGORIA LABORAL (NO DOCENT)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPUS DE QUOTA	Pagament en efectiu del primer termini			
<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> mitja <input type="checkbox"/> d'atur	Pagat: sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	eur. en pagament del 1r <input type="checkbox"/> semestre del 20 ____	
			2n <input type="checkbox"/>	
CAIXA / BANC	ENTITAT	OFICINA	DC	NÚM. DE COMPTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONS _____

Vull rebre l'STEL-i INFORMA en paper

Vull rebre l'STEL-i INFORMA per Email

AFILIAT PER: _____

En compliment de la Llei Orgànica del 15/1999 de Protecció de dades de caràcter personal, li comuniquem que les dades facilitades per vostè s'incorporaran en un fitxer responsabilitat de l'STEL-i per poder enviar-li informació a través de qualsevol mitjà. Així mateix li comuniquem que pot exercir el seu dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, dirigint-se al Servei d'Informàtica de l'STEL-i, C/Jaume Ferran, 58, 07004 Palma.

Demana la meua alta com afiliada o afiliat al Sindicat de Treballadores i Treballadors de l'Ensenyament - Intersindical de les Illes Balears (STEL-i) i accept els Estatuts que regeixen el seu funcionament.

_____ a _____ d _____ del 200 ____ *signatura*

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA			Registre <input type="text"/>	
Sr. Director / Sra Directora				
Sou pregat d'atendre, a partir d'aquesta data i fins nou avís, els rebuts que li presentarà el Sindicat de Treballadores i Treballadors de l'Ensenyament - Intersindical de les Illes Balears (STEL-i) amb càrrec al meu compte a sota indicat.				
TITULAR DEL COMPTE			DNI	NIF
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAIXA / BANC	ENTITAT	OFICINA	DC	NÚM. DE COMPTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____ a _____ d _____ del 200 ____			<i>signatura</i>	