



**Boleta de Afiliación a SITRAINA**

Señores (as) Junta Directiva de SITRAINA:

El suscrito (a) \_\_\_\_\_ portador (a) de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_ solicito se me incluya como afiliado (a) a SITRAINA a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**Datos personales:**

| Ubicación Laboral                   |                    |                             | Números Telefónicos       |                      |           |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------|-----------|
| Unidad Asignada                     | Centro Dependencia | Puesto Desempeñado          | 1.Teléfono Trabajo / Ext. | 2.Teléfono Domicilio | 3.Celular |
|                                     |                    |                             |                           |                      |           |
| <b>Correo electrónico INA:</b>      |                    |                             |                           |                      |           |
| <b>Correo electrónico Personal:</b> |                    |                             |                           |                      |           |
| <b>Estado Civil:</b>                |                    | <b>Fecha de nacimiento:</b> |                           |                      |           |
| <b>Tipo de nombramiento</b>         |                    |                             |                           |                      |           |
| Propiedad ( )                       |                    | Interino ( )                |                           | Plazo fijo ( )       |           |
| <b>Otros Especifique ( )</b>        |                    |                             |                           |                      |           |
|                                     |                    |                             |                           |                      |           |

\*\*\*\*\*

**Autorización para el rebajo de afiliación**

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a la Unidad de Recursos Humanos del INA, para que deduzca de mi salario a partir del mes de \_\_\_\_\_ 1% mensual de a la orden de SITRAINA, para cubrir mi cuota como afiliado (a) a dicha organización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Número de cédula