

# SIPACIDE

Sindicato del Personal Académico del CIDE

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Por medio de la presente, solicito mi afiliación al Sindicato del Personal Académico del CIDE, comprometiéndome a cumplir sus estatutos y acuerdos de la Asamblea General. Señalo a continuación mis datos personales.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Función académica: \_\_\_\_\_

Unidad de adscripción: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad de México a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Atentamente

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma