



SINDICATO INCLUYENTE DEL IPEJAL

Fecha:

Nombre del Agremiado: _____

No. Nómina: _____ Fecha de Ingreso a Ipejal: _____

Area de Trabajo: _____ Nombramiento: _____

Lunes a Viernes () Jornada Acumulada () T/Matutino () T/Vespertino () T/Nocturno ()

Otros, Especificar: _____

Horario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Cuenta IPEJAL: _____ Antigüedad Ipejal: _____

Atención Médica UNIMEF FEDERALISMO () JAVIER MINA () PILA SECA () OLIVOS ()

MEDICO FAMILIAR ASIGNADO: _____

INFORMACIÓN PARTICULAR DEL AGREMIADO

Domicilio: _____ Ext. _____ Int. _____

Entre las Calles: _____ y _____

Colonia: _____ Municipio _____ C.P. _____

Celular: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

Nombre un familiar en caso de emergencia: _____

Teléfonos: _____

BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
Escolaridad:	Hijo () Otros ()		
Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
Escolaridad:	Hijo () Otros ()		
Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
Escolaridad:	Hijo () Otros ()		
Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
Escolaridad:	Hijo () Otros ()		
Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad
Escolaridad:	Hijo () Otros ()		