

FECHA

Sr./a Secretario General de SEDEBA

El/la que suscribe, solicita su asociación a la entidad docente que usted preside

Apellido/s (*)

Nombre/s (*)

Lugar y fecha de nacimiento

DNI / LE / CI CUIL (*)

Ficha Municipal Teléfono Celular (*)

Correo Electrónico / e-mail (*)

Domicilio particular

Localidad Provincia Código Postal

ÁREA EN LA CUAL SE DESEMPEÑA (*)

Inicial Primaria Media Técnica Especial

No Formal Adultos Gestión Privada Otra

Escuela <input type="text"/>	Distrito <input type="text"/>	Cargo <input type="text"/>
e-mail (escuela) <input type="text"/>	Sit. revista <input type="text"/>	
Domicilio (escuela) <input type="text"/>		

Escuela <input type="text"/>	Distrito <input type="text"/>	Cargo <input type="text"/>
e-mail (escuela) <input type="text"/>	Sit. revista <input type="text"/>	
Domicilio (escuela) <input type="text"/>		

Los campos que contengan () son obligatorios*

Lugar y fecha de Inscripción _____

Firma

Aclaración

Afilio _____

Integrante de:



Confederación de
Educadores
Argentinos

Pasaje El Maestro 89 - (C1424BQA) C.A.B.A. - República Argentina

Tel.: (54 11) 4902-4640 / 5901-4640

Inscripción Gremial N° 1478