**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Señores**

**JUNTA DIRECTIVA SINASSASS**

**Presente**

**Estimados señores**

**Por este medio me dirijo a Ustedes para solicitarles en la forma más atenta mi afiliación al SINDICATO NACIONAL ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y AFINES DEL SEGURO SOCIAL (SINASSASS).**

**Me comprometo acatar y respetar las disposiciones legales de los Estatutos y Reglamentos vigentes, así como al Código de Trabajo y todo acuerdo legalmente adoptado por la Junta Directiva y la Asamblea General.**

**APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÉDULA: \_/\_ \_ \_ \_ /\_ \_ \_ \_** primer apellido segundo apellido Nombre

**Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_ /\_\_\_\_\_/**  CARNE COLEGIO N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del puesto(conforme escala salarial) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIDAD DE TRABAJO­:­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(INDIQUE Hospital, Clínica, Area de Salud o centro de trabajo)***

**UNIDAD EJECUTORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_@ ccss.sa.cr**

**CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FAX­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Telf. Oficina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_**

**Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÉDULA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorizo para que del total de mi salario se deduzca en la planilla de salarios el 1.00% como aporte a SINASSASS por concepto de afiliación, Así, como, cualquier cuota adicional no rebajada de la planilla por motivo de incapacidad, permiso sin sueldo u arreglo de pago debidamente solicitado.**

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_**

**PARA USO DEL SINDICATO:**

**APROBADA: SI\_\_\_NO\_\_\_ FECHA:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ No SESION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **INCLUIDA LA DEDUCCION EN PLANILLAS PARA EL PAGO DEL MES DE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Secretario General**