

Por intermedio de la presente solicito mi afiliación a APROM-UTE.

Nombre 	N.º de C.I.
Apellidos 	Fecha de nacimiento
Unidad/División/Área de UTE 	Número Único
Cargo actual 	
Comentarios 	

Prestador de salud / Mutualista 													
Dirección particular 	Tel./Cel. Particular 												
Correo electrónico particular 	Teléfono en UTE 												
¿Cómo te enteraste de APROM-UTE? Por medio de: <table><tr><td>☐ Un compañero/a</td><td>☐ La WEB de APROM</td><td>☐ WhatsApp</td><td>☐ Redes Sociales</td></tr><tr><td>☐ Cartelería/Afiches</td><td>☐ Correos Electrónicos</td><td>☐ Eventos o Cursos</td><td></td></tr><tr><td>☐ Otro (especificar):</td><td colspan="3"> </td></tr></table>		☐ Un compañero/a	☐ La WEB de APROM	☐ WhatsApp	☐ Redes Sociales	☐ Cartelería/Afiches	☐ Correos Electrónicos	☐ Eventos o Cursos		☐ Otro (especificar):			
☐ Un compañero/a	☐ La WEB de APROM	☐ WhatsApp	☐ Redes Sociales										
☐ Cartelería/Afiches	☐ Correos Electrónicos	☐ Eventos o Cursos											
☐ Otro (especificar):													

Autorizo a que la cuota social se debite de mis haberes de UTE: ☐ Sí ☐ No

Valor de la cuota: \$U525⁰⁵

Firma: _____