



Iquique \_\_\_ de 20\_\_.

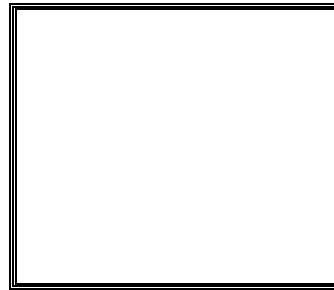
**SINDICATO N°1 COMPAÑIA MINERA CERRO COLORADO LTDA.**

YO, \_\_\_\_\_, **Cédula de Identidad** \_\_\_\_\_, funcionario de Compañía Minera Cerro Colorado Ltda, solicito el ingreso al sindicato a contar de esta fecha.  
Además, autorizo el descuento de la cuota sindical correspondiente.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Dirección :

Teléfono :



### DATOS DE SOCIO SINDICATO N° 1 CMCC

<b>NOMBRE COMPLETO</b>		
<b>RUT</b>		<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>CELULAR</b>	<b>TELEFONO FIJO</b>	<b>TELEFONO REFERENCIA</b>
<b>DIRECCIÓN PARTICULAR</b>		<b>POBLACIÓN</b>
<b>CIUDAD</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<b>N° SAP</b>
<b>ÁREA</b>	<b>CARGO</b>	<b>ESCALA</b>

<b>FECHA INGRESO EMPRESA</b>	<b>FECHA INGRESO SINDICATO</b>
------------------------------	--------------------------------

<b>NOMBRE CARGA N° 1</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>NOMBRE CARGA N° 2</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>NOMBRE CARGA N° 3</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>NOMBRE CARGA N° 4</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>NOMBRE CARGA N° 5</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>
<b>NOMBRE CARGA N° 6</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>



## CUOTA MORTUORIA

### BENEFICIARIOS:

### DEFUNCIONES

<u>PADRE:</u>	<u>FECHA:</u>
<u>OBS:</u>	<u>LUGAR DE FALLECIMIENTO:</u>
<u>MADRE:</u>	<u>FECHA:</u>
<u>OBS:</u>	<u>LUGAR DE FALLECIMIENTO:</u>
<u>SUEGRO:</u>	<u>FECHA:</u>
<u>OBS:</u>	<u>LUGAR DE FALLECIMIENTO:</u>
<u>SUEGRA:</u>	<u>FECHA:</u>
<u>OBS:</u>	<u>LUGAR DE FALLECIMIENTO:</u>



### BENEFICIOS SINDICAL

<b>BENEFICIO</b>	<b>FECHA INICIO</b>	<b>FECHA TERMINO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>CARRERA</b>
<b>Beca del trabajador</b>				
<b>Beca de la esposa</b>				
<b>Preuniversitario 1</b>				
<b>Preuniversitario 2</b>				
<b>Preuniversitario 3</b>				
<b>Preuniversitario 4</b>				
<b>Preuniversitario 5</b>				
<b>Preuniversitario 6</b>				



## ANTECEDENTES LABORALES CMCC

### AREAS EN QUE SE HA DESEMPEÑADO

<b>AREA:</b> <b>ACTIVIDAD:</b>	<b>FECHA 1:</b>
<b>AREA:</b> <b>ACTIVIDAD:</b>	<b>FECHA 2:</b>
<b>AREA:</b> <b>ACTIVIDAD:</b>	<b>FECHA 3:</b>
<b>AREA:</b> <b>ACTIVIDAD:</b>	<b>FECHA 4:</b>

## ANTECEDENTES MEDICOS

Los datos anotados en este formulario han sido entregado por el trabajador en forma voluntaria y dando su consentimiento.

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>FECHA INICIO</b>	<b>FECHA TERMINO</b>	<b>AREA</b>	<b>CON Ó SIN TIEMPO PERDIDO</b>



## CUOTAS MORTUORIAS

<b>TRABAJADOR(A)</b>	
<b>ESPOSA(O)</b>	
<b>HIJO(A)</b>	
<b>HIJO(A)</b>	
<b>HIJO(A)</b>	
<b>HIJO(A)</b>	
<b>HIJO(A)</b>	
<b>HIJO(A)</b>	

<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
---------------------------	--

**NOTA: FAVOR USAR LETRA LEGIBLE**