



## HOJA DE AFILIACIÓN

Apellido 1º \_\_\_\_\_ Apellido 2º \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ D P \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Tf. Particular \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS PROFESIONALES

Grupo \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Promoción \_\_\_\_\_

Destino \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Ayuntamiento \_\_\_\_\_ Fecha ingreso Cuerpo \_\_\_\_\_

### DATOS DE AFILIACIÓN

Fecha de afiliación \_\_\_\_\_ Nº de Afiliado \_\_\_\_\_

#### **NOTA: La doble afiliación deja sin efecto la cobertura del seguro de sanciones.**

*En cumplimiento del Reglamento General de Protección de datos (UE) 2016/679 presente coniato. Por medio de la firma del presente coniato, el AFILIADO/A ACEPTA EXPRESAMENTE tanto el traslado de los datos de carácter personal que sean necesarios a terceras entidades para la ejecución del presente coniato como al tratamiento de los datos por parte del SINDICATO CPPM así como de las restantes entidades que sean necesarias. Del mismo modo, el AFILIADO/A ACEPTA EXPRESAMENTE que se puedan poner en contacto con él/ella, tanto el SINDICATO CPPM como las entidades con las que colabora, a fin de llevar a cabo los servicios prestados por medio del presente coniato de afiliación.*

*En cualquier momento podrá revocar esta autorización así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y/o limitación en el tratamiento de sus datos de carácter personal remitiendo un correo electrónico a los Responsables del Tratamiento, CPPM al correo electrónico [c ppm@c ppm.es](mailto:c ppm@c ppm.es)*

*[Firma]*

### DESCUENTO EN NÓMINA

Ruego que a la recepción de la presente, dé las órdenes oportunas para que me descuenten de mi nómina, la cuota sindical que en concepto de afiliado me corresponde abonar al Sindicato **COLECTIVO PROFESIONAL DE POLICÍA MUNICIPAL (C.P.P.M.)**.

Asímismo autorizo a que todos los datos relativos al descuento de mi nómina para el pago de la cuota sindical, sean proporcionados mediante soporte magnético a este Sindicato.

Ayuntamiento de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Fdo:

TITULAR DE LA NÓMINA \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

## IMPRESINDIBLE ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI PARA TRAMITAR EL ALTA