



ASOCIACIÓN DE EDUCADORES DEL CESAR

“ADUCESAR”

NIT 892.301.820-1

aducesar1@gmail.com

AUXILIO SINDICAL SOLIDARIO POR MUERTE

FECHA: _____

_____, identificado (a) con la cedula de ciudadanía como aparece al pie de mi firma, docente del municipio de _____, celular _____, vinculado(a) al ente territorial _____, autorizo como beneficiarios del Auxilio Sindical Solidario por Muerte, de la Asociación de Educadores del Cesar “ADUCESAR”, a:

BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE

Tal como lo establece el reglamento para pago a los docentes afiliados a esta organización sindical, en su Capítulo I, artículo 1., de los Estatutos de Aducesar.

Observaciones:

Firma: _____ C.C. _____ de _____