



Fecha / /

Señor/a

Director Nacional de Asociaciones Sindicales

S / D

El que suscribe, con pleno conocimiento de lo dispuesto por la Ley Nº 23.551 de Asociaciones Sindicales, su D.R. Nº 467/88 y la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos Nº 19.549, su D.R. Nº 1.759/72 (T.O. 1883/91), solicita el trámite de la presente denuncia de acefalía de la asociación sindical referida en 1.

1. DATOS DE LA ASOCIACION SINDICAL SOLICITANTE

1.1. Nombre completo del sindicato:

[Empty text box for 1.1]

1.2. Número de legajo:

Nº I.G.:

Nº P.G.:

[Empty text box for 1.2 legajo]

[Empty text box for 1.2 I.G.]

[Empty text box for 1.2 P.G.]

1.3. Domicilio real (Art. 21 Inc. a) Ley Nº 23.551 - Sede de la Asociación

Calle:

Nº:

Piso:

Of. / Depto.:

[Empty text box for 1.3 Calle]

[Empty text box for 1.3 Nº]

[Empty text box for 1.3 Piso]

[Empty text box for 1.3 Of. / Depto.]

C.P.:

Localidad:

Provincia:

[Empty text box for 1.3 C.P.]

[Empty text box for 1.3 Localidad]

[Empty text box for 1.3 Provincia]

Tel.:

Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

[Empty text box for 1.3 Tel.]

[Empty text box for 1.3 Correo electrónico]

1.4. Domicilio especial (Decreto Nº 1.759, Art. 19)

Calle:

Nº:

Piso:

Of. / Depto.:

[Empty text box for 1.4 Calle]

[Empty text box for 1.4 Nº]

[Empty text box for 1.4 Piso]

[Empty text box for 1.4 Of. / Depto.]

C.P.:

Localidad:

Provincia:

[Empty text box for 1.4 C.P.]

[Empty text box for 1.4 Localidad]

[Empty text box for 1.4 Provincia]

Tel.:

Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

[Empty text box for 1.4 Tel.]

[Empty text box for 1.4 Correo electrónico]

1.5. Número de CUIT

[Empty text box for 1.5 CUIT]

1.6. Cambio de domicilio

Fecha / /

Calle:

Nº:

Piso:

Of. / Depto.:

[Empty text box for 1.6 Calle]

[Empty text box for 1.6 Nº]

[Empty text box for 1.6 Piso]

[Empty text box for 1.6 Of. / Depto.]

C.P.:

Localidad:

Provincia:

[Empty text box for 1.6 C.P.]

[Empty text box for 1.6 Localidad]

[Empty text box for 1.6 Provincia]

Tel.:

Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

[Empty text box for 1.6 Tel.]

[Empty text box for 1.6 Correo electrónico]

2. DENUNCIA

2.1. Expresar la comunicación en forma clara, concisa y concreta.

[Multiple empty lines for 2.1 Denuncia]

El punto Nº 2 no excluye la presentación del punto Nº 7 EXPOSICION DE HECHOS Y DERECHOS.

**3. REPRESENTANTE Y/O APODERADO** 3.1. Nombres y apellidos completos: 3.2. Domicilio legal o constituido

Calle:

N°:

Piso:

Of. / Depto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Tel.:

Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

 3.3. Documento

Tipo:

Emitido por:

Número:

 3.4. Número de CUIT / CUIL ⁽¹⁾: 3.5. Firma y aclaración 3.6. Cargo en la asociación sindical solicitante: (si no tuviera cargo, consignar "NO TIENE") 3.7. Personería 3.7.1. Carácter invocado: (Art. 32 Dec. N° 1.759/72 T.O. 1991) 3.7.2. El letrado o mandatario deberá presentar: (Art. 32 Dec. N° 1.759/72 T.O. 1991)

1) Poder especial en original, o

2) Poder general o especial para varios actos en copia simple juramentada.

4. REPRESENTANTE Y/O APODERADO ALTERNO (Optativo) 4.1. Nombres y apellidos completos: 4.2. Domicilio legal o constituido

Calle:

N°:

Piso:

Of. / Depto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Tel.:

Correo electrónico: (correspondiente a la asociación sindical):

 4.3. Documento

Tipo:

Emitido por:

Número:

 4.4. Número de CUIT / CUIL ⁽¹⁾: 4.5. Firma y aclaración 4.6. Cargo en la asociación sindical solicitante: (si no tuviera cargo, consignar "NO TIENE") 4.7. Personería 4.7.1. Carácter invocado: (Art. 32 Dec. N° 1.759/72 T.O. 1991) 4.7.2. El letrado o mandatario deberá presentar: (Art. 32 Dec. N° 1.759/72 T.O. 1991)

1) Poder especial en original, o

2) Poder general o especial para varios actos en copia simple juramentada.

(1) Tachar lo que no corresponda. Solamente en caso de poseerlo.



5. DENUNCIANTE 1

5.1. Nombres y apellidos completos:

5.2. Domicilio legal o constituido

Calle: N°: Piso: Of. / Depto.:
C.P.: Localidad: Provincia:
Tel.: Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

5.3. Documento

Tipo: Emitido por: Número:

5.4. Domicilio especial (Decreto N° 1.759, Art. 19)

Calle: N°: Piso: Of. / Depto.:
C.P.: Localidad: Provincia:
Tel.: Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

5.5. Copia certificada del último recibo de sueldo donde conste el descuento de cuota sindical, en caso de ser afiliado.

5.6. Número de CUIT / CUIL ⁽¹⁾:

5.7. Firma y aclaración

5.8. Cargo en la asociación sindical solicitante: (si no tuviera cargo, consignar "NO TIENE")

6. DENUNCIANTE 2

6.1. Nombres y apellidos completos:

6.2. Domicilio legal o constituido

Calle: N°: Piso: Of. / Depto.:
C.P.: Localidad: Provincia:
Tel.: Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

6.3. Documento

Tipo: Emitido por: Número:

6.4. Domicilio especial (Decreto N° 1.759, Art. 19)

Calle: N°: Piso: Of. / Depto.:
C.P.: Localidad: Provincia:
Tel.: Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):

6.5. Copia certificada del último recibo de sueldo donde conste el descuento de cuota sindical, en caso de ser afiliado.

6.6. Número de CUIT / CUIL ⁽¹⁾:

6.7. Firma y aclaración

6.8. Cargo en la asociación sindical solicitante: (si no tuviera cargo, consignar "NO TIENE")

(1) Tachar lo que no corresponda. Solamente en caso de poseerlo.



8. INFORMACION Y/O DOCUMENTACION QUE SE DEBE INCLUIR EN LA SOLICITUD DE TRAMITE DE DENUNCIA DE ACEFALIA

8.1. Elementos probatorios que sustentan la denuncia: (Detallar documentación que se incluye)

- 8.2.1. _____
- 8.2.2. _____
- 8.2.3. _____
- 8.2.4. _____
- 8.2.5. _____
- 8.2.6. _____

RUBRICAS: Todas las fojas que integren la documentación incluida en esta solicitud deben estar rubricadas, con aclaración de la/s firma/s por el/los denunciante/s y/o su/s representante/s legal/es y/o apoderado/s.