



Modificación de Comisión Directiva. Formulario Nº 6.014

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social ■ Secretaría de Trabajo ■ Dirección Nacional de Asociaciones Sindicales

En cumplimiento a lo dispuesto por el Art. 24 Inc. b) de la Ley Nº 23.551 y el Art. 20 Inc. a) del Decreto Nº 467/88 tenemos el agrado de informar al Sr. Director Nacional de Asociaciones Sindicales que, por ⁽¹⁾ del/ de los Sr/es ⁽²⁾

la C.D. de esta entidad se ha modificado en su composición, conforme a los artículos del Estatuto vigente, en la reunión de ⁽³⁾ de fecha de fecha detallándose a continuación cómo ha quedado conformada la composición de la C.D. luego de la correspondiente cobertura de los cargos vacantes. Al mismo tiempo se hace constar que la presente es la ⁽⁴⁾ modificación que sufre esta C.D. que fuera electa en los comicios efectuados con fecha

	Cargo	Apellido y nombre	Documento o CUIL					Vigencia del mandato		
			Tipo	Número	Pol.	Nac.	Sex.	Ed.	Asumió	Cesa
			CI o DU		FE o PR	AR o EX	MA o FE			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Datos del remitente:

Nombre de la entidad:	Legajo:	P.G.:	I.G.:	Correo electrónico (correspondiente a la asociación sindical):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio - Calle:	Nº:	C.P.:	Localidad:	Provincia:	Tel.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Indicar motivo. (2) Nombre y apellido y cargo que ocupaba. (3) Organo estatutario que efectuó la modificación. (4) Mencionar si es la primera, segunda, etc. modificación.

Sigue al dorso



	Cargo	Apellido y nombre	Documento o CUIL						Vigencia del mandato	
			Tipo	Número	Pol	Nac.	Sex.	Ed.	Asumió	Cesa
			CI o DU		FE o PR	AR o EX	MA o FE			
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Los firmantes declaran bajo juramento que las personas cuyos datos son registrados en el presente formulario no están alcanzados por lo dispuesto en el Art.18 inciso b) de la Ley de Asociaciones Sindicales.
En el presente formulario se deberá cumplir con la denuncia de todos los ítems requeridos.

Firma

Aclaración

Cargo

Firma

Aclaración

Cargo

Fecha: / /