

Elecciones del Sindicato del Seguro 10 DE NOVIEMBRE DE 2021
Quien suscribe en mi carácter de afiliado del Sindicato del Seguro de la RA
presto formal aval para las postulaciones de la LISTA _____

Formulario de avales

| Apellido y Nombre | Tipo y N° Documento | N° Afiliado | Empresa | Firma |
|-------------------|---------------------|-------------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Apellido y Nombre | Tipo y N° Documento | N° Afiliado | Empresa | Firma |
|-------------------|---------------------|-------------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Apoderado