

**SINDICATO ÚNICO DE MAESTROS, ACADÉMICOS,
DOCENTES Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES DE LA
UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**



Villahermosa Tabasco, a ____ de _____ 2026.

**SINDICATO ÚNICO DE MAESTROS ACADÉMICOS,
DOCENTES, Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES
DE LA UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

Quien suscribe el C. _____ Solicito voluntariamente mi ingreso a esta Asociación Sindical SINDICATO ÚNICO DE MAESTROS, ACADÉMICOS, DOCENTES, Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES DE LA UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO, dando mi consentimiento en forma expresa para que se me considere como miembro del mismo, para el estudio, mejoramiento y defensa de mis intereses como trabajador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; comprometiéndome a cumplir los estatutos y los acuerdos de Asambleas y reuniones sindicales.

Con la facultad que me confiere la Constitución y la Ley, reitero mi compromiso de Asociarme a este Sindicato y cubrir la cuota sindical de la Organización que me corresponde, autorizando a la representación sindical realice las gestiones necesarias para que la Entidad Pública al Servicio de quien trabajo realice el descuento correspondiente en cada pago de mi salario, por concepto de CUOTA SINDICAL, en el porcentaje que señala el Estatuto respectivamente.

A continuación, proporciono mis datos personales para el respectivo padrón como miembro del SUMADTIUJAT y que me acredita como miembro.

DOMICILIO			
CURP		RFC	
ESTADO	ESTADO CIVIL	EDAD	SEXO
TIPO PLAZA		CATEGORÍA	
ADSCRIPCIÓN		FECHA INGRESO	
		SALARIO	

ATENTAMENTE

[Nombre y Firma del Trabajador]

C.c.p. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
C.c.p. Autoridad Registral
C.c.p. Minutario

EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

EXPEDIENTE NO.

👤 DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO			EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	RFC		CURP	
DOMICILIO		LUGAR DE NACIMIENTO		
NACIONALIDAD	TELÉFONO PARTICULAR	NÚM. DE CELULAR	ESTADO CIVIL	
CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)		RELIGIÓN		

👪 DATOS DE FAMILIARES

NOMBRE DEL CÓNYUGE		EDAD
FECHA DE ANIVERSARIO		NÚMERO DE HIJOS
NOMBRE DEL HIJO/A:		EDAD:
NOMBRE DEL HIJO/A:		EDAD:
NOMBRE DEL HIJO/A:		EDAD:
NOMBRE DEL PADRE:		EDAD:
NOMBRE DE LA MADRE:		EDAD:

🏢 DATOS DEL TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO	TIEMPO LABORANDO	NO. DE TRABAJADOR	CARGO/PUESTO
ESCOLARIDAD	INSTITUCIÓN	ESTADO	TÍTULO
PREPARATORIA			
LICENCIATURA			
MAESTRÍA			
DOCTORADO			
OTROS ESTUDIOS			

🏥 ESTADO DE SALUD

ESTATURA	PESO	TIPO DE SANGRE	ALERGIAS
DISCAPACIDADES		ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
TIPO DE SERVICIO MÉDICO VIGENTE: SERVICIO MÉDICO DE LA UJAT <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/>			