



**DIRECCIÓN AUTONÓMICA DEL SINDICATO PROFESIONAL  
DE POLICÍAS MUNICIPALES DE ESPAÑA EN NAVARRA**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**CUERPO POLICIAL AL QUE PERTENECES:** .....

**1er Apellido** ..... **2º Apellido** .....

**Nombre:** .....

**NIF:** ..... **Fecha de nacimiento:** .....

**Domicilio:** ..... **Nº** ..... **Piso** ..... **Pta.** .....

**Localidad:** ..... **CP:** .....

**Provincia:** .....

**Tfno. Particular:** ..... **Tfno. Móvil:** .....

**Correo electrónico:** .....

**Fecha de afiliación a SPPME Navarra:** .....

**Banco:** ..... **Nº de cuenta:** .....

SI – NO. (Táchese lo que no proceda).

Autorizo al SPPME-Navarra a facilitar los datos necesarios (Nombre y DNI) a DAS INTERNACIONAL S. A. para la formalización del Seguro de Nómina.

Si la respuesta es NO se facilitará únicamente el Nº Profesional y Localidad de trabajo.

Que AUTORIZO expresamente a que el Sindicato SPPME NAVARRA envíe información sobre las cuotas sindicales anuales a la Hacienda Tributaria de Navarra para que ésta, sea incorporada a mis datos fiscales.

Firma:

Autorizo expresamente a la Dirección Autónoma en Navarra del Sindicato Profesional de Policías Municipales de España (SPPME-Navarra), a que efectúe el descuento de la cuota sindical en mi nómina a partir del día de la fecha de afiliación.

PROTECCIÓN DE DATOS. De conformidad con la Ley Orgánica de 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal facilitados en el presente impreso, serán incorporados a un fichero titularidad de SPPME Navarra, autorizando a éste, al tratamiento de los mismos, para su utilización en relación de acciones informativas, sean de carácter general o adaptadas a sus características. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia de su DNI, dirigida al siguiente correo electrónico: [contacto@sppmenavarra.com](mailto:contacto@sppmenavarra.com)