

FORMULARIO SOLICITUD DE ASOCIACIÓN DE MENORES

sagai.org

ID de socio/a

(Campo a completar por SAGAI)

Completando este formulario Ud. solicita su admisión como SOCIO/A en la categoría que corresponda. Declaro conocer y aceptar las normas legales y las normas internas de la asociación, en particular la Ley 11.723, el Decreto 746/73, el Decreto 1914/06, Decreto 677/12, el Estatuto Social, los aranceles y el reglamento de liquidación de derechos a los efectos de percibir el derecho de remuneración establecido en la legislación argentina a favor de los/as intérpretes audiovisuales, y cuya recaudación, distribución y administración reconoce expresamente que corresponde en forma exclusiva a SAGAI.

Actividad que realiza:

Actuación Interpretación de voz original Interpretación de voz con doblaje Baile Titeres

DATOS PERSONALES DEL/LA MENOR (*)

Nombre y apellido:	
Nombre artístico:	
DNI/Pasaporte:	CUIT/CUIL:
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:
Domicilio:	Código Postal:
Ciudad / Localidad:	País:
Tel. Celular:	Tel. Fijo:
Domicilio electrónico (email):	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL 1

Nombre y apellido:	
DNI/Pasaporte:	CUIT/CUIL:
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:
Domicilio:	Código Postal:
Ciudad / Localidad:	País:
Tel. Celular:	Tel. Fijo:
Domicilio electrónico (email):	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL 2

Nombre y apellido:	
DNI/Pasaporte:	CUIT/CUIL:
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:
Domicilio:	Código Postal:
Ciudad / Localidad:	País:
Tel. Celular:	Tel. Fijo:
Domicilio electrónico (email):	

PÁG. 1

