

SOLICITUD DE ADMISIÓN MENOR DE EDAD

IMPORTANTE: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR A ESTE DOCUMENTO FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DE LA PERSONA QUE ASOCIA AL NIÑO (A), ASOCIADO O REPRESENTANTE LEGAL

DATOS PERSONALES (Favor llenar de forma completa)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE COMPLETO		IDENTIFICACIÓN	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
<input type="checkbox"/> CÉDULA		<input type="checkbox"/> DIMEX					
NACIONALIDAD			POSEE DOBLE NACIONALIDAD			SEXO	
INDIQUE: <input type="checkbox"/> COSTA RICA <input type="checkbox"/> OTRO			CUÁL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
TELÉFONO DE HABITACIÓN		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			
¿ EN QUÉ PROVINCIA SE ENCUENTRA SU RESIDENCIA ?			¿ EN CUÁL CANTÓN ?		¿ EN CUÁL DISTRITO ?		¿ EN CUÁL SECTOR ?
<input type="checkbox"/> SAN JOSÉ <input type="checkbox"/> ALAJUELA <input type="checkbox"/> CARTAGO <input type="checkbox"/> LIMÓN <input type="checkbox"/> HEREDIA <input type="checkbox"/> PUNTARENAS <input type="checkbox"/> GUANACASTE							
DIRECCIÓN DETALLADA:							
NÚCLEO FAMILIAR (Favor llenar de forma completa)							
Información de su Padre							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE COMPLETO		IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
Información de su Madre							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE COMPLETO		IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
CUENTAS BANCARIAS							
NOMBRE DEL BANCO				TIPO DE CUENTA (AHORRO-CORRIENTE)			
Yo como asociado y/o representante legal me comprometo a realizar las siguientes aportaciones mensuales, para lo cual autorizo por este medio a COOPEJUDICIAL R.L. para que sean rebajados de mi salario, pensión o jubilación las sumas correspondientes a ahorros y otros conceptos para la cuenta de mi pariente/familiar:							
PRÓPOSITO DE LA CUENTA: AHORRO				CUOTAS DE APORTES POR MES			
CAPITAL SOCIAL		SOLIDARIDAD SOCIAL		AHORRO A LA VISTA	AHORRO ESCOLAR	AHORRO MARCHAMO	AHORRO NAVIDEÑO
₡		₡		₡	₡	₡	₡
EN CASO DE FALLECIMIENTO DESIGNO COMO BENEFICIARIOS DE MIS DERECHOS A LAS SIGUIENTES PERSONAS:							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE COMPLETO		CÉDULA	PARENTESCO
DATOS DEL ASOCIADO QUE ASOCIA AL MENOR							
NOMBRE COMPLETO: _____				CÉDULA _____		PARENTESCO: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____				TELÉFONOS: _____ / _____			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____							
FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA: _____							
Declaro que este formulario ha sido completado por mi y/o en mi presencia y que la información prevista en el mismo es fiel y verdadera por lo tanto acepto que cualquier omisión o falsedad causaría la negación de la admisión y de los servicios solicitados. Declaro que mis transacciones no provienen de actividades ilícitas y que mis operaciones son propias de la actividad que detallo en este formulario. Autorizo a COOPEJUDICIAL a:1) Verificar por otros medios la información proporcionada 2) Brindar la información correspondiente a las instituciones que lo soliciten en caso de poseer doble nacionalidad. Y autorizo en forma expresa a COOPEJUDICIAL para que recopile, almacene y utilice mis datos personales suministrados por mi persona, para que sean usados en los análisis respectivos de las solicitudes y trámites que realice con la cooperativa, así mismo en campañas de mercadeo, estudios estadísticos y afines y cualesquiera otro fin lícito							
FIRMA-CED. REPRESENTANTE LEGAL		TRAMITADO POR		FECHA		REVISADO POR	
						FECHA	
						FECHA	

FECHA RECIBIDO

 EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 8204
Y SU NORMATIVA 12-10

FECHA DE ADMISIÓN