



**ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS  
DEL MINAE**

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ N° Cédula \_\_\_\_\_

Solicito que se me acepte como miembro de dicha asociación, por lo que me comprometo a respetar y acatar sus estatutos y reglamentos, a la vez autorizo a la Oficina de Recursos Humanos para que me deduzca de mi salario el 5% del ahorro y la póliza de vida, los cuales me acreditan como asociado.

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa \_\_\_\_\_ Tipo nombramiento Propiedad: \_\_\_\_\_ Interino \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Señas: \_\_\_\_\_

Número Cuenta Bancaria IBAN: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Persona referida: \_\_\_\_\_

**Beneficiarios (Ahorro asociación Y Póliza de Vida)**

Nombre	Cedula	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Mi salario es pagado por

Presupuesto ordinario \_\_\_\_\_ Código presupuestario \_\_\_\_\_ SINAC \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_ Firma. \_\_\_\_\_

Favor adjuntar copia legible de la cédula de identidad.