**ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA**

***SU FOTO***

***AQUI***

# (ASEPANI)

### Telefax: 2255-1669 / 2223-8913 / 2248-0620, Correo elec.: [asepani@ice.co.cr](mailto:asepani@ice.co.cr) Dirección: San José, Avenida 10 - Calles 1 y 3 ó

**de las Oficinas Centrales del Banco Popular 300 sur y 75 este.**

### Sitio web: [www.asepani.org](http://www.asepani.org/)

BOLETA DE AFILIACION

***REQUISITO INDISPENSABLE: Adjuntar copia de su cédula de identidad por ambos lados***

# Datos Personales

### Nombre: 1. Apellido: 2. Apellido:

Conocido como:

Cédula No.

Género: **F M**



Fecha de Nacimiento: Estado Civil: No. de Hijos:

Teléfono Habitación: Celular: Correo electrónico personal:

Dirección exacta (Domicilio) Provincia: Cantón:

Distrito: Otras señas:

Nombre de un familiar: Teléfono:

No. Cuenta Bancaria \* **Cuenta electrónica en ¢:**

**Banco Nacional**

Nombre del Banco:

**OTRO BANCO:**

Cuenta cliente:

***\*REQUISITO INDISPENSABLE; Anote una sola cuenta bancaria.***

# Datos Laborales

Oficina o Albergue:

Correo electrónico de trabajo: Teléfono:

Fecha de ingreso al Pani: Puesto Actual:

## Interino en sustitución temporal

**Tipo de Plaza:**

**Interino en plaza vacante Propiedad**

**Autorización del asociado(a), para la cancelación de deudas y devolución de dinero a los beneficiarios**

En caso de fallecimiento autorizo a ASEPANI a utilizar el monto de los Ahorros Personales, Ahorros Extraordinarios y cualquier otra suma a mi favor para la cancelación de todas las deudas pendientes; **en caso de haber remanente que se gire a los siguientes beneficiarios:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **1. APELLIDO** | **2. APELLIDO** | **PARENTESCO** | **No. CEDULA** | **%** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Si en la designación de beneficiarios se incluyen personas menores de edad, y éstos no estuviesen sujetos a Patria Potestad, designo como administrador a:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **1. APELLIDO** | **2. APELLIDO** | **PARENTESCO** | **No. CEDULA** | **TELEFONO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO(A) EL APORTE PATRONAL SE DEPOSITARÁ EN EL JUZGADO LABORAL CORRESPONDIENTE.**

Acepto y declaro que conozco las disposiciones estatutarias y reglamentarias que rigen la Asociación Solidarista de Empleados del Patronato Nacional de la Infancia (ASEPANI), y a la vez autorizo que se deduzca de mi salario la suma correspondiente por concepto de ahorro personal (5%) mensual sobre el salario bruto.

Revoco cualquier designación de beneficiarios que hubiere escrito con anterioridad. No se reconocerá ningún documento no testamentario distinto al que custodia ASEPANI y que tenga fecha posterior a la muerte del asociado(a).

### Fecha: Firma: Cédula No.

**Aprobada en Sesión de Junta Directiva de ASEPANI No. Acuerdo No.**

### celebrada el día del mes de del año