



ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA

(ASEPANI)

Telefax: 2255-1669 / 2223-8913 / 2248-0620, Correo elec.: 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

SU FOTO

AQUI

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 * ☐ Banco Nacional Cuenta electrónica en €: _____

☐ OTRO BANCO:

Nombre del 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: _____

Tipo de Plaza:

☐

Interino en sustitución temporal

☐

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 APOORTE 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 _____