

**SOLICITUD DE ADMISIÓN MENOR DE EDAD**

IMPORTANTE: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR A ESTE DOCUMENTO FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD 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 IDENTIFICACION		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		CÚAL? <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 CUAL CANTÓN?		¿EN CUAL DISTRITO?		¿EN CUAL SECTOR?	
SAN JOSÉ <input type="checkbox"/> ALAJUELA <input type="checkbox"/> CARTAGO <input type="checkbox"/> HEREDIA <input type="checkbox"/> PUNTARENAS <input type="checkbox"/> GUANACASTE <input type="checkbox"/>							
DIRECCIÓN DETALLADA:							

**NÚCLEO FAMILIAR (Favor llenar de forma completa)**

INFORMACIÓN DE SU PADRE				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO
INFORMACIÓN DE SU MADRE				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACION	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 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:

**PROPÓSITO DE LA CUENTA: AHORROS****CUOTAS APORTES POR MES**

CAPITAL SOCIAL	SOLIDARIDAD SOCIAL	AHORRO A LA VISTA	AHORRO ESTUDIANTIL	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	PORCIÓN%

**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. Así mismo 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 dentro de la actividad propia de COOPEJUDICIAL, sin usos externos de los mismos. Entendido de que si no otorgo mi consentimiento informado para estos fines no podré asociarme y acceder a los servicios que presta la cooperativa.

FIRMA-CED REPRESENTANTE LEGAL	TRAMITADO POR	FECHA	REVISADO POR	FECHA	APROBADO POR	FECHA
-------------------------------	---------------	-------	--------------	-------	--------------	-------

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

FECHA RECIBIDO

FECHA DE ADMISIÓN