



Formulario de Afiliación

1) DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	N° de identificación
Provincia:	Cantón:	Distrito:	Barrio:
Otras señas:			
Fecha de nacimiento	Estado civil:	Género: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Nacionalidad	Número de Habitación/celular:	Número de cuenta bancaria:	

2) DATOS LABORALES

Departamento:	Nombre de Puesto:	Estado de puesto: ☐ Interino ☐ Propiedad
Extensión:	Correo electrónico:	Fecha de ingreso a la Asamblea:

3) DESIGNACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS:

A continuación designo las personas beneficiarias de mis aportes personales acumulados en **ASELEGIS**, en caso de fallecimiento del suscrito.

Nombre y Apellidos	Cédula	Porcentaje %	Parentesco

Solicito a la Junta Directiva de **ASELEGIS** me acepte como asociado(a) de dicha entidad, por lo que me comprometo a respetar y acatar sus estatutos y reglamentos, así como las disposiciones que emanen sus órganos

Firma:	Fecha:
--------	--------

PARA USO DE OFICINA

Conocida en sesión	Fecha :	Artículo :	Ingresado por:
--------------------	---------	------------	----------------