

BOLETA DE AFILIACIÓN



Datos personales				
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre completo:
No. de cédula:		Género: ☐ Femenino ☐ Masculino		
Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año:		Edad:	Nacionalidad:	
Teléfono domicilio:		Teléfono móvil:		Teléfono oficina:
Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado (a) ☐ Unión libre				
<u>Domicilio</u>				
Provincia: Cantón: Distrito: Barrio:				
Otras señas (dirección exacta de su residencia):				

Datos laborales				
Sede principal de labores:				
Fecha de ingreso a la UTN: Mes / Año		Régimen de pensión al que pertenece:	☐ CCSS ☐ JUPEMA	Otro : (especifique)
Profesión u oficio:			Correo electrónico:	
Condición laboral (en nombramiento indicar: mes / año)				
☐ Propiedad	Nombramiento desde: /		☐ Plazo Fijo	Nombramiento desde: /, hasta: /
☐ Interino	Nombramiento desde: /, hasta: /		☐ Puesto de Confianza o Elección Popular	Nombramiento desde: /, hasta: /

Datos bancarios	
Banco	☐ BNCR ☐ POPULAR ☐ Otro:
Cuenta IBAN	CR

Datos de familiares			
Grupo familiar	Nombre (con 2 apellidos)	Fecha de nacimiento	Cédula
Cónyuge/conviviente			
PADRE progenitor, adoptivo o de crianza (Si aún está con vida)			
MADRE progenitora, adoptiva o de crianza (Si aún está con vida)			
HIJOS propios y/o adoptados legalmente (Si aún están con vida)	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		

BOLETA DE AFILIACIÓN



Designación de beneficiarios económicos					
Nombre (con 2 apellidos)	Cédula	Fecha Nacimiento	Parentesco	Teléfono	Fracción Beneficio (%)
1-					
2-					
3-					
4-					
Designación de administrador(a) en caso de beneficiarios menores de edad					
5. Nombre y apellidos:	Cédula:		Observaciones:		
	Teléfono:				

*Se advierte al público que ASOUTN es supervisada solamente en materia de prevención de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, y además se encuentra sujeta a disposiciones vinculantes de la Unidad de Inteligencia Financiera del Instituto Costarricense sobre Drogas. Por lo tanto, la SUFEF no supervisa en materia financiera a ASOUTN, ni los negocios que ofrece, ni su seguridad, estabilidad o solvencia.

En caso de que el patrono (UTN) no traslade el aporte patronal a los trabajadores interinos que se afilien a ASOUTN, la misma está condicionada a que no cuenten con el aporte patronal y por tal razón ASOUTN no es responsable de la administración de este rubro. ASOUTN, en aras de continuar con los principios que rigen el solidarismo, como lo es la Armonía Obrero-Patronal, no va a realizar ninguna acción judicial en contra del patrono para hacer realidad el giro del aporte patronal, dicha acción de considerarlo pertinente, le corresponde directamente a cada uno de los trabajadores interinos asociados a ASOUTN que se encuentran sin el aporte patronal. Una vez leído y analizado acepto las condiciones antes mencionadas.

Firma del Funcionario

Cédula

Fecha

Al firmar voluntariamente esta boleta de afiliación, estoy dando por aceptadas las siguientes condiciones:

- a.- Me comprometo a aceptar y respetar los Estatutos y Reglamentos; así como las disposiciones que emanen de su órgano Director.
- b.- Autorizo a la Junta Directiva para que tramite la deducción de mi salario, del porcentaje que me acredita como asociado; así mismo, que se retenga cualquier monto por obligaciones contraídas con la ASOUTN.
- c.- Consciente de las obligaciones y derechos que obtengo como asociado, renuncio a cualquier alegato por información no brindada en esta boleta o no actualizada oportunamente.
- d.- Me comprometo a suministrar toda la documentación que requiera la Junta Directiva a fin de constatar los datos suministrados.
- e.- Me comprometo a actualizar la información al momento en que se suscite algún cambio.
- f.- Doy fe que toda la información consignada en esta boleta es cierta.

Para uso de Junta Directiva

Esta solicitud se:	☐ Aprueba	☐ Rechaza	Aprobado por Junta Directiva Acta No: _____ Fecha de resolución: _____
--------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Autorización de deducción

Yo : _____
(nombre completo con dos apellidos)

Autorizo a la Universidad Técnica Nacional para que se retenga de mi salario el 5% de Ahorro Obrero y de ahorro voluntario (opcional) según el porcentaje o monto colones especificado abajo, así como cualquier otra cuota fija establecida por la ASOUTN.

Ahorro Navideño _____ %	Ahorro Marchamo ₡ _____ (Cuota mensual en colones)
Ahorro Extraordinario _____ %	Ahorro en Dólares ₡ _____ (Cuota mensual en colones)

Firma del Funcionario

Cédula

Fecha