

BOLETA DE AFILIACIÓN



Datos personales:					
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre completo:	
No. de cédula:				Género:	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:	Edad:	Nacionalidad:
Teléfono domicilio:		Teléfono móvil:		Teléfono oficina:	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Unión libre
Dirección exacta	Provincia:	Cantón:	Distrito:	Barrio:	
Otras señas (Dirección de su residencia):					
Posee vivienda propia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Datos laborales:						
Sede principal de labores:			Estado laboral:	Interino <input type="checkbox"/>	Plazo Fijo <input type="checkbox"/>	Propiedad <input type="checkbox"/>
Fecha de ingreso a la UTN:	Régimen de pensión al que pertenece:		<input type="checkbox"/> CCSS	<input type="checkbox"/> JUPEMA	OTRO:(especifique)	
Profesión u oficio:			Correo electrónico:			

Información Bancaria:			
Banco	<input type="checkbox"/> BNCR	<input type="checkbox"/> POPULAR	Otro _____
Cuenta IBAN	CR		

Datos de núcleo familiar:			
Grupo familiar	Nombre (con 2 apellidos)	Fecha Nacimiento	No 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.		

Designación de Beneficiarios Económicos

Datos de beneficiarios				Fracción Beneficio (%)
Nombre y Apellidos	Cédula	Parentesco	Teléfono	
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

PARA USO DE JUNTA DIRECTIVA

Tiempo de ser funcionario de la UTN:		Tipo de Contrato:	
Esta solicitud se:	Aprueba	Rechaza	Aprobado por Junta Directiva Acta No:
			Fecha de resolución:
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. OBSERVACIONES: _____			

AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN

YO: _____
Autorizo a la Universidad Técnica Nacional para que se retenga de mi salario el 5% de Ahorro Obrero y opcionalmente un _____% de Ahorro Extraordinario y/o un _____% de Ahorro Navideño a partir del mes de _____ así como cualquier otra cuota fija establecida por la ASOUTN.

Firma del Funcionario

Cédula

Fecha