FOTOGRAFIA
ACTUAL FONDO
ROJO
TAMAÑO CARNET

FORMULARIO DE ADHESION
FONDO DE AYUDA SOLIDARIA POST MORTEM DEL
CENTRO DE DIPLOMADOS EN ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

PROMOCIÓN DE EGRESO DE LA EAEN :…….……..……..…..……AÑO :……..……

CIUDAD EN LA QUE REALIZO EL CURSO DE EAEN :……..……....……

GRADO Y/O PROFESIÓN :……..……..……..…..…..

……..……..……..
NOMBRES **APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO :…….……..……..…..……..…
CIUDAD **PROVINCIA**

NÚMERO DE CARNET DE IDENTIDAD :…….....……..EXPEDIDO EN :……...…....

TELEFONO FIJO :……..……..……..CELULAR :……..…..…..……..……..…....

MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO AUTORIZO EL PAGO:

☐ FONDO DE AYUDA SOLIDARIA POST MORTEM Y ENFERMEDAD TERMINAL

A FAVOR DE: (EL PAGO SE EFECTUARÁ DE ACUERDO A PRELACION ESTABLECIDA POR EL MIEMBRO)

1.- …….
NOMBRES **APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO** **CI.** **EXPEDIDO**

TELEFONO DE CONTACTO :……...……GRADO DE PARENTESCO :…….…….……

2.- …….
NOMBRES **APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO** **CI.** **EXPEDIDO**

TELEFONO DE CONTACTO :……...……GRADO DE PARENTESCO :…….…….……

3.- …….
NOMBRES **APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO** **CI.** **EXPEDIDO**

TELEFONO DE CONTACTO :……...……GRADO DE PARENTESCO :…….…….……

DECLARO Y CONVENGO QUE TODA LA INFORMACIÓN PLASMADA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES EN ABSOLUTA VERDAD Y EN APEGO Y ENTERADO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL ESTATUTO ORGÁNICO, REGLAMENTOS Y RESOLUCIONES DEL CDAEN. LOS CUALES ME COMPROMETO A CUMPLIR A CABALIDAD AUTORIZANDO AL DIRECTORIO NACIONAL A TOMAR LAS DECISIONES QUE CORRESPONDEN.

LUGAR :……DIA :……..MES :……..…AÑO :……...

……...
FIRMA

CI: ……