



**COOPERATIVA DE CREDITO DE PROFESORES UNIVERSITARIOS
COUNIVERSITARIOS**

SOLICITUD DE ADMISION

(El formulario debe ser firmado por el asociado que lo presenta. El solicitante debe adjuntar copia de la resolución a través de la cual ingresa al escalafón docente o una constancia que señale lo anterior)

Fecha _____

Nombre y Apellido del Solicitante _____

Dirección permanente _____ Ciudad _____ Tel _____

C.C. No. _____ de _____ Fecha de Nacimiento _____

Profesión _____ Fecha de Ingreso a la Universidad _____

Facultad y/o Escuela donde labora _____ Cargo Actual _____

Años de Servicio en la Universidad _____ Sueldo Actual _____

Afiliado a (Cooperativas): _____

Ha recibido educación cooperativa?

SI

NO

En caso afirmativo, diga qué cursos, duración, fecha y entidad que los dictó (Adjuntar Fotocopia)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Por qué desea Usted ingresar a Couniversitarios: _____

En caso de fallecimiento, deseo que los Aportes, Ahorros y demás beneficios económicos a mi favor, sean entregados así:

BENEFICIARIO

PARENTESCO

PORCENTAJE

En caso de que sea admitido, me comprometo a cumplir los Estatutos y Reglamentos de Couniversitarios.

PRESENTADO POR EL ASOCIADO

Nombre

Firma

C.C. No.

Recibida por _____ Fecha _____

Vo.Bo. COMITÉ DE EDUCACION _____

Estudiada por el CONSEJO DE ADMINISTRACION Fecha _____ Acta _____

ACEPTADA

NEGADA

APLAZADA

OBSERVACIONES: _____
