



Formulario de Incorporación F-SC-17

Versión: 05
24 de febrero de 2023



Fecha:

I Datos Personales

cédula N°:

nacionalidad:

primer apellido- segundo apellido- nombre completo

sexo:

fecha de nacimiento:

estado civil:

Dirección:

provincia

cantón

distrito

otras señas

Teléfonos:

móvil

habitación

correo electrónico:

El medio oficial por el cual deseo recibir notificaciones es:

Requiere usted atención especial por alguna discapacidad:

☐

Sí

☐

No

Especifique:

Nombre de un familiar cercano:

primer apellido- segundo apellido- nombre completo

Teléfono:

II Datos Académicos (Para actualizar su expediente debe presentar los diplomas académicos obtenidos)

TÍTULO (Grado académico)	ESPECIALIDAD	UNIVERSIDAD	AÑO

III Datos Laborales

Condición actual:

Nombramiento:

Si seleccionó la opción "otro", especifique:

Institución:

Puesto que desempeña:

Teléfono:

Fax:

correo electrónico:

Dirección exacta
de la Institución:

IV Designación de beneficiarios/as del Fondo de Mutualidad y Subsidios (esta acción dejará sin efecto las designaciones anteriores, los porcentajes deben sumar 100%).

NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE

V Autorización de deducción

Autorizo al Colypro a gestionar, ante la Tesorería Nacional o quien corresponda, la deducción de la cuota mensual, así como cualquier obligación económica que tenga pendiente con el Colegio, mediante el rebajo de una cuota adicional por mes hasta cancelar lo adeudado. De existir montos a mi favor, autorizo a que estos sean aplicado a cualquier otra obligación que posea con la Corporación.

El pago se realizará de la siguiente manera:

Si es extranjero indique la identificación alterna:

Observaciones:

Declaración jurada: bajo la fe de juramento que dejo rendida en este acto, y en pleno conocimiento de las penas con las que la ley castiga faltar a la verdad, manifiesto que toda la información suministrada en este formulario, así como los lugares y los medios señalados para recibir notificaciones son veraces y que cualquier falsedad en los mismos será causal para rechazar esta solicitud.

Notas:

1. Se advierte que de no señalar lugar o medio o si la dirección indicada fuera imprecisa, todas las comunicaciones que emita el Colegio se tendrán por notificadas una vez transcurridas 24 horas después de su emisión. En caso de notificaciones por fax, después de cinco intentos fallidos de envíos se tendrá por notificado automáticamente, conforme a lo regulado en la Ley de notificaciones N° 8687.

2. Hago constar, que de conformidad con el artículo 5 de la Ley 8968 sobre la Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales, Colypro me informa: que cuenta con una base de datos interna (de acceso restringido e irrestricto) para contar con datos veraces y suficientes de sus colegiados. El uso de los datos personales es únicamente para los fines que el Colegio persigue por Ley. Para esta base de datos Colypro será el responsable de su creación y custodia. El destino de la información personal es de uso prioritariamente interno, no obstante, Colypro podrá transmitir esta información a empresas proveedoras de servicios del Colegio, con la finalidad de agilizar y promover la eficiencia de los servicios ofrecidos por el Colegio, garantizando un uso pleno y adecuado de los mismos.

3. El rebajo por deducción es un servicio y no una obligación de la Corporación. Por lo tanto, es obligación del colegiado mediante forma personalizada, vía telefónica u otro medio, velar porque el mismo se realice, lo cual no exime al colegiado de la obligatoriedad de cancelar las cuotas no deducidas.

4. Este documento no debe presentar tachones u otras alteraciones que hagan dudar de su veracidad.

Firma del Colegiado

VB Órgano Fiscalía

Nombre, puesto y
firma del colaborador

Para uso exclusivo del Colegio

Aprobado en sesión N° _____ Acuerdo N° _____

Fecha de juramentación _____ N° de carné _____