



ASEUNED

ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

Formulario de Afiliación

Actualización de información

Nuevo Ingreso

Yo, _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Completo Cédula

Por este medio solicito mi ingreso a la Asociación Solidarista de Empleados de la Universidad Estatal a Distancia (ASEUNED), con base en lo que establece la Ley 6970, así mismo, autorizo a esta Asociación para que me rebaje el 5% de mi salario, como ahorro personal, a partir del _____ de _____ del _____.
DÍA MES AÑO

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Sexo (M-F)

Estado Civil

Nombre del cónyuge

Número de hijos

Dirección exacta del domicilio:

Provincia

Cantón

Distrito

Barrio

Casa N°

Otras señas: _____

Números de teléfono: _____

Domicilio

Celular

Trabajo

E-mail: _____
UNED Otros

DATOS LABORALES

Condición laboral actual: Propiedad Interino Vencimiento de nombramiento: _____

¿Ha sido afiliado anteriormente? NO () SI () N° veces _____

Lugar de trabajo: _____

Dependencia

Cargo

Salario Bruto

Dirección de trabajo

Teléfono

Ext.

N° Fax

Otros lugares de trabajo: _____ Teléfono _____ E-mail: _____

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento, nombro como beneficiarias de mis ahorros personales y cualquier otro ahorro o recurso económico que hubiese a mi favor a las siguientes personas:

Nombre	Parentesco	% designado	Edad	Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nombro como administrador de los beneficiarios menores de edad (si los hubiese) a:

Nombre	Parentesco con el asociado
_____	_____
Cédula _____	Teléfono _____

Observaciones: _____

Firma del solicitante

PARA USO ADMINISTRATIVO

Fecha Registro de Ingreso al Sistema _____

Recibido por Registrado por Fecha

Ha sido afiliado anteriormente NO () SI () Nº de veces _____

Observaciones: _____

