



SOLICITUD DE INGRESO

NO. DE EXPEDIENTE

Lugar y fecha: _____

Señores Miembros de Junta Directiva
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública,
Guatemala.

Por este medio de manera atenta presento ante ustedes, mi formal **Solicitud de Ingreso** a dicha Institución, como Asociado _____

de acuerdo al artículo _____, inciso _____ de los Estatutos vigentes, para lo cual proporciono la siguiente información:

DATOS PERSONALES:

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Apellido de casada _____

1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ 3er. Nombre _____

4to. Nombre _____ 5to. Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Edad: _____ Sexo: F M

DPI con CUI: _____ Estado civil: _____

Nombre del cónyuge o conviviente: _____

Con residencia en: _____

Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____

Dirección para recibir notificaciones: _____
 Para que el envío de correspondencia sea eficiente favor proporcionar su dirección exacta.

DATOS LABORALES:

Lugar de Trabajo: _____

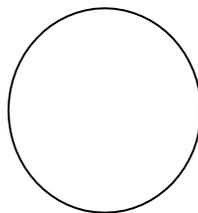
Cargo que desempeña: _____ Renglón: _____

Observaciones: _____

Asimismo, hago de su conocimiento que no sé o no puedo firmar, por lo que estampo en la presente solicitud la impresión digital de mi dedo pulgar derecho u otro que se especifica, la cual utilizo actualmente en los documentos públicos y privados que otorgo.

Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente solicitud, ruego a ustedes se sirvan emitir resolución favorable de la misma

Atentamente,



Impresión del Pulgar Derecho u otro: _____ del solicitante

TESTIGO A RUEGO: El asociado que no sabe o no puede firmar, además de dejar la impresión digital del dedo pulgar derecho u otro que se especificará, se auxiliará de un testigo a ruego no pariente. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que el asociado no puede firmar por el siguiente motivo: _____

 Firma del Testigo a Ruego

ANTE MÍ:

Nombre: _____
Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección
o Delegado Distrital

_____ Firma

_____ Sello

¡IMPORTANTE!

Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO

TESTIGO A RUEGO: El asociado que no sabe o no puede firmar, además de dejar la impresión digital del dedo pulgar derecho u otro que se especificará, se auxiliará de un testigo a ruego no pariente. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que el asociado no puede firmar por el siguiente motivo: _____

Firma del Testigo a Ruego

IMPORTANTE

- 1) La presente está sujeta a resolución de aceptación o rechazo por Junta Directiva y/o Gerencia.
- 2) Cualquier anotación no contemplada en el artículo 7º. del Reglamento del Programa de Prestación Póstuma se tendrá por no válida.
- 3) Los nombres del asociado y los beneficiarios deben consignarse tal y como aparecen en sus documentos de identificación.
- 4) Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO