****

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud

**Formulario de Incorporación**

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| PRIMER APELLIDO: | **SEGUNDO APELLIDO:** | **NOMBRE COMPLETO:** |
| SEXO Femenino Masculino | **FECHA DE NACIMIENTO****DÍA MES AÑO** | **NACIONALIDAD** |
| CÉDULA DE IDENTIDAD: |  | **NÚMERO DE CARNÉ:** |
| DIRECCIÓN DE LA HABITACIÓN: |  |  |
| PROVINCIA | **CANTÓN** | **DISTRITO** |
| TELÉFONO: |  | **CELULAR:** |
| CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: |  | **APARTADO POSTAL:** |
| GRADO ACADÉMICO: |  | **UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA:** |
| FECHA DE INCORPORACIÓN: |  | **ESTADO CIVIL:** |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN EXACTA DEL LUGAR DE  | **TRABAJO:** |  |
| PROVINCIA | **CANTÓN** | **DISTRITO** |
| TELÉFONO: |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO: |  |  |
| MEDIO PARA ATENDER NOTIFICACIONES: CORREO ELECTRÓNICO: |  |  |
|  |  |  |

**Forma de pago de colegiatura:**

** Por medio de Tarjeta de crédito o débito** en las oficinas del Colegio.

**Por depósito bancario** (me comprometo a enviar mensualmente el comprobante de depósito por correo electrónico al Colegio).

**Transferencia electrónica de fondos** (me comprometo a enviar mensualmente el comprobante de depósito por correo electrónico al Colegio indicando # de agremiado).

**Por Sinpe Móvil CPCPRI** (me comprometo a enviar el comprobante con el # de agremiado).

En caso de deducción automática: Autorizo a que se deduzca mensualmente mi colegiatura, de la siguiente forma: (Marque con **X** si está de acuerdo)

 **Deducción automática** Tesorería Nacional (Sistema Integra)

**SI TRABAJA PARA EL ESTADO INDICAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***