****

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

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: |  |  |
| 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: |  |  |
|  |  |  |

****

**FORMULARIO PARA EL PAGO DE LA COLEGIATURA**

**El monto de la cuota ordinaria es de ₡5.000.00**

**FORMA DE PAGO:**

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

**Por depósito bancario**.

**Transferencia electrónica de fondos.**

**Por Sinpe Móvil CPCPRI** **8394 5555**

**Me comprometo a enviar mensualmente el comprobante de pago indicando # de agremiado(a) por:**

**Correo electrónico:** contabilidad@cpri.cr

**WhatsApp**: a los números de celular 8394-5555 / 8796-6222 solamente para reporte de pagos.

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