****

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

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:** [asistente@cpri.cr](mailto:asistente@cpri.cr) o [contabilidad@cpri.cr](mailto:contabilidad@cpri.cr)

**WhatsApp**: a los números de celular 8394-5555 / 8796-6222 solamente 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***