

Fecha:

ADJUNTAR FOTO DE CÉDULA

Asociación Solidarista de Empleados del Hospital del Trauma
ASO-F01-001 Formulario rige a partir del 30 de septiembre del 2021 (versión 4)

Por este medio solicito mi ingreso a la Asociación Solidarista de Empleados del Hospital del Trauma, S.A. (ASOHTRAUMA), con base a lo que establece la Ley 6970; así mismo, autorizo al INS-RED DE SERVICIOS DE SALUD para que se me rebaje el 5% de mi salario bruto ordinario y extraordinario a partir del mes de _____ del_____.

Nuevo ingreso

Reafiliación

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:

Estado civil:

Apellidos:

Fecha nacimiento:

Identificación:

Teléfono:

Nacionalidad:

Celular:

Dirección:

E-mail:

Provincia:

Cantón:

Distrito:

Otras señas:

INFORMACIÓN FAMILIAR

Número de hijos:

Edades:

INFORMACIÓN LABORAL

Lugar:

Puesto:

Departamento:

Salario bruto:

BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Cédula	Porcentaje

Firma y cédula del/la solicitante