



PERSONA CON FIRMA AUTORIZADA

RETIRABLE MENOR

Fecha: _____ / _____ / _____ Filial: _____

DATOS PERSONALES DEL O LA AUTORIZADO (A)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Lugar de Nacimiento _____		Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____	
Nivel Educativo	Primaria <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Casado (a) <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/> Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DNI - Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	Partida de Nacimiento <input type="checkbox"/>
DNI. N° _____		Edad: _____	Nacionalidad _____
Profesión u Oficio _____		Actividad Económica/Ocupación _____	
Dirección _____		Punto de Referencia: _____	
_____ Ciudad _____		Bloque _____	Casa N° _____ Sector _____
Correo Electrónico _____		Teléfono Fijo _____	Celular _____
Posee vivienda Propia <input type="checkbox"/>	Alquila <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	
Vehículos: Marca _____		Tipo _____	Modelo _____ Placas _____ Año _____
Cuentas en otras instituciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la Institución _____	
Negocio Propio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del Negocio _____	
Dirección del Negocio _____		Giro Comercial _____	
Monto aproximado de ingreso mensual L _____			

DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa _____ Dirección _____

Teléfono _____ Puesto que desempeña _____ Antigüedad Laboral _____

Actividad económica de la Empresa _____

Sueldo L _____ Otros Ingresos L _____ Procedencia _____

Ha desempeñado algún Cargo Público en los últimos dos año Si No Donde: _____

FIRMA

Firma del Autorizado

Huella

AUTORIZACION DEL AFILIADO

Por este medio, Yo _____ con documento nacional de Identificación (DNI) N° _____ Afiliado de la Cooperativa Padre Guillermo Arsenault, Ltda., autorizo al Señor (a) _____, quien con la información personal y firma, descrita anteriormente podrá realizar transacciones de retiro de mi cuenta con código de afiliado N° _____ así mismo libero de toda responsabilidad a la Cooperativa Arsenault, de cualquier acción que esta represente, dejando constancia, firmo la presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del Afiliado