



Solicitud de Admisión - Persona Natural

Esta sección debe ser completada por la Cooperativa

Agencia

Código de socio

Modalidad de Afiliación: Independiente Por Convenio / Casilla

* Adjuntar Anexo 01

Antes de llenar esta Solicitud de Admisión, recomendamos leer con atención los requisitos para ingresar como socio(a) a La Rehabilitadora.

¿Cómo se enteró de la Cooperativa La Rehabilitadora?

Página web Redes sociales Trabajador de la Cooperativa Referido (amigo/familiar)

¿Quién? _____

1 Datos Personales

Apellido Paterno -- Apellido Materno -- Apellido del Esposo -- Nombres

Lugar y fecha de Nacimiento

Nacionalidad Departamento Provincia Distrito

Fecha Tipo de Documento: DNI CE Pasaporte Nro.

Género: F M **Estado Civil:** Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente

Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Técnico Superior Otros

Profesión / Ocupación

Domicilio

Jr./Calle/Av.

Urb. /AAHH./Otros

Nro. Int. Mz. Lote Piso Distrito

Provincia Departamento Referencia

Teléfono Celular E-mail personal

2 Datos Laborales

Trabaja No trabaja* Jubilado* Ama de casa Otros

Trabajador independiente Trabajador dependiente Nombrado CAS Otros

Nombre o Razón Social

Dirección

Distrito

Provincia

Departamento

Referencia

Teléfono Anex. E-mail laboral

Giro Laboral/del Negocio Área

Cargo/Ocupación Fecha de ingreso/Inicio de negocio

* Especifique su última ocupación en este formulario.

3 Datos Familiares

¿Tiene hijos? Sí No Nro. de hijos

Detalle de familiares directos (cónyuge, conviviente e hijos):

Apellidos y nombres	Parentesco	¿Es socio?	
		Sí	No*

En caso cuente con cónyuge o conviviente, marcar su ocupación actual:

Ama de casa Dependiente Independiente

¿Su cónyuge o conviviente es socio de la Cooperativa? Si * Adj. Anexo 02 No

4 Datos Adicionales

Completar esta sección, solo si el/la solicitante es menor de edad o se haya inscrito a través de un(a) representante:

Apellidos y nombres del representante

Doc. de Identidad: DNI CE Pasaporte Nro.:

Relación con el solicitante: Padre Madre Otro:

5 Obligaciones Asociativas (Pago mensual)

Aporte: Fondo de Previsión Social:

6 Declaración

Es sujeto obligado a informar a la UIF Perú: No Sí

Es PEP (Persona expuesta políticamente): No Sí

* Adj. Anexo 03

a) Si mi modalidad de afiliación es por convenio o casilla, autorizo a La Rehabilitadora que me descuente de mis remuneraciones, beneficios sociales y cualquier otro concepto permitido por Ley.

b) Participar y asistir a las Asambleas, reuniones y/o elecciones programadas por La Cooperativa.

c) Haber recibido el Estatuto, Manual del Socio y Reglamentos vigentes de La Cooperativa.

d) Tener conocimiento que la información general de los beneficios, servicios y productos se encuentran publicados en la página web y en otros medios vigentes.

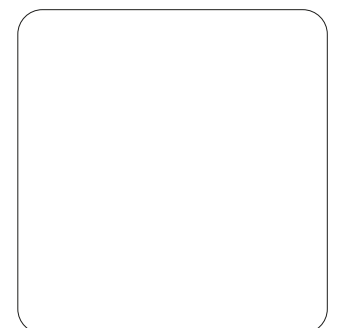
e) Estar instruido(a) de la Ley N°29733, Ley de Protección de datos personales. Es decir, soy consciente que la información que brindo a La Rehabilitadora que permita mi identificación o me haga identificable, así como información personal, financiera y crediticia incluyendo información calificada como datos sensibles tanto en forma escrita, oral o electrónica son datos personales, y que estos pueden ser recopilados y almacenados en la base de datos de La Rehabilitadora.

Por lo antes dicho, autorizo a La Rehabilitadora para que pueda dar tratamiento y uso a mis Datos Personales arriba señalados, de manera directa o por intermedio de terceros, de la manera más amplia permitida por las normas pertinentes y conforme a los procedimientos que estos determinen en el marco de sus operaciones habituales, incluyendo remisión de ofertas comerciales o publicidad.

Asimismo, declaro estar instruido(a) de que tengo derecho a la revocación de la presente autorización a través de una comunicación expresa vía escrita o virtual (correo electrónico: leydeprotecciondedatos@larehabilitadora.pe) dirigida a La Rehabilitadora.

f) No haber sido condenado por delitos dolosos o tener intereses contrarios de cualquier naturaleza pendientes con La Cooperativa.

g) Todos los datos que he consignado en esta solicitud son veraces.



Huella digital

Firma del solicitante: _____

7 Resolución

El Consejo de Administración en su Sesión Ordinaria, mediante Acta acordó admitir en condición de socio(a) hábil al solicitante, a partir de la fecha, será considerado socio(a) hábil, por lo que puede acercarse a la oficina más cercana para informarse y hacer uso de nuestros servicios y beneficios.

Atte. Presidente del Consejo de Administración