



Fondo de Mutualidad de Empleados de la Universidad de Costa Rica
" LA SOLIDARIDAD MUTUAL EL PRINCIPIO DE NUESTRO FIN "

FONDO DE MUTUALIDAD DE

EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Afiliado Activo
Afiliado Pensionado
Fecha ingreso UCR
Fecha ingreso al Fondo

TARJETA DE AFILIACIÓN, REGISTRO Y CONTROL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	No. De Cédula
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Lugar de Trabajo	Teléfono Casa
Teléfono Oficina	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Apartado Postal

Provincia	Cantón	Distrito
Dirección (otras señas):		

BENEFICIARIOS: En caso de mi fallecimiento autorizo expresamente para el retiro del subsidio a :

1 _____,	cédula de identidad: _____
2 _____,	cédula de identidad: _____
3 _____,	cédula de identidad: _____

Asimismo, declaro conocer y aceptar en todos sus términos y alcances el Estatuto del Fondo de Mutualidad de Empleados de la Universidad de Costa Rica. Igualmente, en pleno uso de mis facultades declaro que las personas anotadas en esta tarjeta de afiliación , registro y control serán sujeto de mi voluntad para el pago del subsidio correspondiente. Sólo yo podré modificar los beneficiarios completando una nueva tarjeta de afiliación vía página web fome.ucr.ac.cr y/o de forma física.

Firma del afiliado

Fecha

Vo.Bo.Presidente FOMEUCR

Vo.Bo. Secretario

Fecha