



COLEGIO DE CONTADORES PÚBLICOS DE COSTA RICA

Código:

RI-01

Nombre del Documento:
SOLICITUD DE REINCORPORACIONES

Página N°:
1 de 1

Aprobado por:
Dirección Ejecutiva

Fecha de Aprobación:
01 de Marzo del 2017

Versión:
1

SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN

INFORMACIÓN DEL COLEGIADO (A)

| | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|--|
| Nombre del Colegiado (a): | | | |
| Número de Colegiado (a): | | Número de Cédula: | |
| Teléfono de Habitación: | | Teléfono de Celular: | |
| Correo Electrónico Personal: | | | |
| Empresa donde labora: | | | |
| Teléfono del trabajo: | | Extensión: | |
| Correo Electrónico Trabajo: | | | |
| Motivo de la solicitud: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pago del 10% establecido en el artículo 2, Ley 7373 de reincorporación: | Si aplica <input type="checkbox"/> | Recibo No. _____ | |
| | No aplica <input type="checkbox"/> | | |
| Firma del colegiado (a): | | | |
| Verificación de cédula de identidad original: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |

SOLO PARA USO INTERNO DEL COLEGIO

| | | | |
|---------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| | | | |
| Nombre: | | | |
| Firma quién Recibe: | Departamento: | Fecha de Recibido: | Hora de Recibido: |