**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA SOCIAL**

(No dejar espacios en blanco)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD**  **(Marque con X)** | | | |
| **Fallecimiento del CPA:** |  | **Enfermedad terminal del CPA:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE (BENEFICIARIO)** | | | |
| **Nombre completo:** |  | | |
| **Apellidos:** |  | | |
| **Número de cédula:** |  | **Número de teléfono celular:** |  |
| **Cuenta Bancaria IBAN:** |  | **Número de teléfono habitación:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL COLEGIADO (A)** | | | |
| **Nombre completo:** |  | | |
| **Apellidos:** |  | | |
| **Número de Cédula:** |  | **Número de Carné:** |  |

**INFORMACIÓN POR CONSIDERAR:**

* **El horario de atención para la presentación del formulario es de lunes a viernes, de 8.00 a.m. a 5.00 p.m., jornada continua.**
* **Los formularios se pueden descargar en la página web**[**www.ccpa.or.cr**](http://ccpa.us10.list-manage.com/track/click?u=ccd92e51ed16384b662febb31&id=a2a4c44d00&e=2cdcbcc972)**, en el menú de Servicios Institucionales y submenú Formularios.**
* **El formulario debe ser entregado de la siguiente manera:**
  + **Con Firma Digital: vía correo electrónico.**
  + **Con Firma Rúbrica: Personalmente con el formulario en original, en la recepción de nuestra sede central o mediante un tercero con una autorización formal y copias de las cédulas de identidad.**

**Nota: Los correos electrónicos deben ser enviados a** [**admision@ccpa.or.cr**](mailto:admision@ccpa.or.cr)

|  |
| --- |
| **Observaciones del Colegiado:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

Por este medio solicito el monto correspondiente de Asistencia Social, según lo establecido en el Reglamento de Asistencia Social del Colegio de Contadores Públicos de Costa Rica y declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario, así como cualquier documentación que se adjunta, es verídica, completa, correcta y que en todos sus aspectos se consigna información verdadera.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma del solicitante:** |  | | |
| **Fecha de entrega:** |  | **Hora:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECIBIDO DE DOCUMENTACIÓN (SÓLO PARA USO DEL COLEGIO)** | | | |
| **Nombre:** |  |  |  |
| **Firma:** |
| **Colaborador del Colegio que recibe** | **Departamento** | **Fecha de Recibido** | **Hora de Recibido** |