

Datos de Identificación Personal del Menor			
Nombre Completo: _____		Fecha Ingreso: _____	
N° Identificación: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
País de Nacimiento: _____		Sexo F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento: Departamento: _____		Municipio: _____	
Nombre Tutor: _____		DNI de Tutor: _____	
Datos de Identificación Personal del Tutor			
Nombre Completo: _____		Fecha Afiliación: _____	
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/>		Carne Residente <input type="checkbox"/>	N° Documento: _____
País de Nacimiento: _____		Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento: Departamento: _____		Municipio: _____	
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>
Profesion: _____		Fecha Nacimiento: _____	
Direccion de Casa: _____		Bloque: _____	N° de casa: _____
Punto de Referencia: _____			
Tel. Fijo : _____		Tel. Celular Personal: _____	
Departamento: _____		Municipio: _____	
Correo Electrónico Personal: _____			
Datos de Localización Laboral del Tutor			
Tipo de Trabajo: Asalariado <input type="checkbox"/>		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>	Fecha Ingreso: _____
Nombre Patrono/Propio: _____		Actividad : _____	
Tipo de Contrato: Permanente <input type="checkbox"/>		Temporal <input type="checkbox"/>	Antigüedad Laboral: _____
Direccion Laboral: _____			
Departamento: _____		Cargo : _____	
Teléfono Empresa: _____		Correo Electrónico: _____	
Datos de Identificación del Conyugue del Tutor			
Nombre Completo: _____		Es Afiliado(a): SI <input type="checkbox"/>	
Fecha Afiliación: _____		NO <input type="checkbox"/>	
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/>		Carne Residente <input type="checkbox"/>	No. de Afiliación: _____
País de Nacimiento: _____		Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Fecha Nacimiento: _____		Profesion: _____	
Teléfono Personal: _____		Correo Electrónico Personal: _____	
Nombre Patrono: _____		Actividad : _____	
Tipo de Trabajo: Asalariado: <input type="checkbox"/>		Comerciante Individual: <input type="checkbox"/>	Fecha Ingreso: _____
Tipo de Contrato: Permanente: <input type="checkbox"/>		Temporal: <input type="checkbox"/>	Antigüedad Laboral: _____
Direccion Laboral: _____			
Teléfono Empresa: _____		Correo Electrónico: _____	
Datos de Económicos del Tutor			
Ingreso Mensual: L. _____		Otros Ingresos: _____	Especifique: _____
Cantidad de Ahorro Mensual: L. _____		En Aportaciones L. _____	En Retirable L. _____
Recibe Remesas o Envía Remesa Si: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>	Monto L. _____
Beneficiario Final de Remesas : _____			
Informacion Adicional del Tutor			
Ha tenido un Cargo Publico Si: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>	Describe Puesto: _____
Es Nacido o Ciudadano Estadunidense Si: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>	N° Documento: _____
Parientes que estan o han estado en cargos públicos(cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad):			
Nombre Completo:		Cargo:	Año:
Beneficiario (a,os,as)			
Nombre (es)	Identidad	Parentesco	Porcentaje

Referencias Personales		
Nombres y Apellidos	Teléfono	Parentesco
Referencias Familiares		
Nombres y Apellidos	Teléfono	Parentesco
Referencias Comercial o Bancaria		
Nombre		
<p>Por este medio solicito el ingreso a la Cooperativa Hondureña de Ahorro y Crédito de Emprendedores Turísticos Limitada. (COOHDETUR), con el fin de poder ser afiliado y AUTORIZO a la misma a realizar todas las investigaciones de la información proporcionada en la presente solicitud, quedando la COOHDETUR, en su derecho de no aprobar esta solicitud, de acuerdo a sus políticas internas, estas investigaciones podrán ser antes y después de mi afiliación, pudiendo verificar cualquier Central de Información Crediticia, públicos y privados internas o externa con el fin de dar cumplimiento a la Leyes de la Republica de Honduras y Tratados Internacionales. Hago constar que he recibido información verbal y escrita sobre cooperativismo básico, comprometiéndome a recibir las charlas para las que se me convoque. Autorizo a la COOHDETUR, a efectuar retiro de mis cuentas de ahorro para mantener la calidad de afiliado, de acuerdo al monto mínimo de aportaciones establecido por la COOHDETUR, las que podrán ser deducidas de manera mensual o anual de acuerdo a las disposiciones establecidas por la COOHDETUR.</p>		
<p>Nota: el documento debe ser llenado con tinta color negro, presentar adjunto copia de la Tarjeta de Identidad; en el caso de haber sido funcionario publico un detalle de los cargos desempeñados y si en la actualidad existen Familiares dentro del cuarto grado de Consanguinidad y segundo de Afinidad detallar los cargos publicos que desempeñan.</p>		

Firma Afiliado

Firma Autorizada de Aceptación Afiliación