



Cooperativa La Altagracia, Inc.

Solicitud de Beca RSM

Datos Personales

Distrito: _____
Nombre: _____ Apellidos: _____
Apodo: _____ Cédula: _____ Sexo : M F
No. de Cuenta: _____ Fecha de Ingreso a la Cooperativa : _____
Balance en Acciones RD\$ _____ Dirección: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Teléfono: () _____ () _____ Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Nombre del Centro Educativo: _____
Curso a cursar _____

Situación Laboral

Trabaja en la actualidad? Si No
Nombre de la empresa _____ Teléfono () _____
Tiempo laborando _____ Puesto que ocupa _____
Actividad principal de la empresa _____

Firma de solicitante

Promesas de Buen Socio:
Ahorrar cada mes un mínimo de RD\$200.00 pesos, tomar préstamos necesarios y pagar puntualmente.

Presidente de Administración Distrital y/o Gerente

Presidente de Vigilancia Distrital

Certificamos que el beneficiario cumple con las promesas del Buen Socio, y conoce el Reglamento de Apoyo a la Educación y sus políticas

Para ser llenado por el personal autorizado solamente

Recibido por: _____ Fecha: _____
Calificación de socio A B
Verificación los requisitos Si No
Revisado por: _____
Autorizado por: _____