



# Cooperativa La Altagracia, Inc.

## Solicitud de Becas Culturales

### Datos Personales

Grupo de Ahorrín : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Sexo : M  F

No. de Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso a la Cooperativa: \_\_\_\_\_

Balance en Ahorro RD\$ \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ No. de Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ No. de Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Balance: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiene pariente directivo o empleado de la cooperativa Si ( ) No ( )

En caso de que si indicar el nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

Curso a cursar: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

