



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL PSICÓLOGO  
INPREPSI  
PLANILLA INSCRIPCIÓN FONDO DE AUXILIO MUTUO

**DATOS DEL AGREMIADO**

Apellidos y nombres:			Colegio:	
Cédula de Identidad:	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Edo. Civil:
Dirección de Habitación:			Correo Electrónico:	
Teléfono Celular:	Teléfono fijo:	Ocupación actual:		

**Beneficiarios en caso de fallecimiento del agremiado**

Parentesco	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento	Teléfono	Porcentaje asignado %
Cónyuge					
Hijo/a					
Hijo/a					

**Declaración**

Quien suscribe \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_ RIF personal N° \_\_\_\_\_ en mi carácter de solicitante del Fondo de Auxilio Mutuo declaro que: a) la solicitud ha sido completada exclusivamente por mi persona o un apoderado; b) las declaraciones formuladas en esta solicitud son ciertas; c) informaré por escrito al INPREPSI cualquier hecho que modifique la información suministrada en esta planilla y (d) el dinero utilizado para el pago del Fondo de Auxilio Mutuo proviene de una fuente lícita.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL (DE LA) SOLICITANTE  
HUELLA DACTILAR

\_\_\_\_\_  
FIRMA PRESIDENTE(A) INPREPSI  
SELLO