



INTEGRACIÓN DIRECTIVA DE BASE PREESCOLAR - PRIMARIA 2020

Enviar al fax: 2233 3616 o correo: reportes@apse.cr (en pdf)

INSTITUCIÓN o # BASE: _____ REG. # _____

PRESIDENTE (A): _____

Nº cédula _____ N° teléfonos: Hab. _____ Celular: _____

Institución donde labora: _____

Dirección institución: _____

Tel. institución: _____ Fax institución: _____

Cargo que desempeña: _____ E-mail: _____

Al firmar esta boleta solicito mi ingreso como afiliado(a) de APSE, con todos los deberes y derechos inherentes a tal condición.

Firma: _____

VICEPRESIDENTE (A): _____

Nº cédula _____ N° teléfonos: Hab. _____ Celular: _____

Institución donde labora: _____

Dirección institución: _____

Tel. institución: _____ Fax institución: _____

Cargo que desempeña: _____ E-mail: _____

Al firmar esta boleta solicito mi ingreso como afiliado(a) de APSE, con todos los deberes y derechos inherentes a tal condición.

Firma: _____

SECRETARIO (A): _____

Nº cédula _____ N° teléfonos: Hab. _____ Celular: _____

Institución donde labora: _____

Dirección institución: _____

Tel. institución: _____ Fax institución: _____

Cargo que desempeña: _____ E-mail: _____

Al firmar esta boleta solicito mi ingreso como afiliado(a) de APSE, con todos los deberes y derechos inherentes a tal condición.

Firma: _____



INTEGRACIÓN DIRECTIVA DE BASE PREESCOLAR-PRIMARIA APSE 2020

INSTITUCIÓN o # BASE: _____ REG. # _____

TESORERO (A): _____

Nº cédula _____ N° teléfonos: Hab. _____ Celular: _____

Institución donde labora: _____

Dirección institución: _____

Tel. institución: _____ Fax institución: _____

Cargo que desempeña: _____ E-mail: _____

Al firmar esta boleta solicito mi ingreso como afiliado(a) de APSE, con todos los deberes y derechos inherentes a tal condición.

Firma: _____

VOCAL: _____

Nº cédula _____ N° teléfonos: Hab. _____ Celular: _____

Institución donde labora: _____

Dirección institución: _____

Tel. institución: _____ Fax institución: _____

Cargo que desempeña: _____ E-mail: _____

Al firmar esta boleta solicito mi ingreso como afiliado(a) de APSE, con todos los deberes y derechos inherentes a tal condición.

Firma: _____

FISCAL: _____

Nº cédula _____ N° teléfonos: Hab. _____ Celular: _____

Institución donde labora: _____

Dirección institución: _____

Tel. institución: _____ Fax institución: _____

Cargo que desempeña: _____ E-mail: _____

Al firmar esta boleta solicito mi ingreso como afiliado(a) de APSE, con todos los deberes y derechos inherentes a tal condición.

Firma: _____

cmch*/*