

**AUTORIZACIÓN PARA LA ASOCIACIÓN DE MENORES
DE EDAD**



| | | |
|-------------|-------------------|----------------|
| Versión: 01 | Fecha: 29/04/2019 | Página: 1 de 1 |
|-------------|-------------------|----------------|

Bogotá, ____ de ____ de 20____

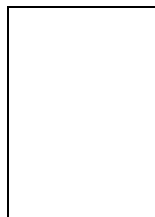
Señores:
COONADOC.

De manera atenta me dirijo a ustedes en calidad de representante del (la) menor de edad _____ identificado (a) con el tipo de documento _____ número _____ para autorizar su ingreso a la Cooperativa Nacional de Docentes "COONADOC" en calidad de asociado.

Igualmente, manifiesto que me hago responsable de los procesos establecidos en el estatuto y de los pagos por concepto de aportes.

Con mi firma doy fe de que la información aquí contenida es veraz y el familiar que presento cumple con las condiciones de parentesco señaladas en el estatuto. Autorizo a COONADOC a realizar las validaciones correspondientes.

Firma y huella dactilar



Nombre completo

Identificación

Teléfono

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |