



**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 _____