Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública
5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala. PBX 2200-1515

DEPTO. TRABAJO SOCIAL
Tel/fax 2200-1540

DEPTO. AHORRO Y CREDITO
Fax 2200-1513

REGISTRO Y ACTUALIZACION DE FIRMA

Señor Gerente
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública

YO: _____
(Nombres y apellidos completos)

de _____ _____Guatemalteco (a) _____
(Años) (Estado civil) (Cargo que desempeña)

_____
(Lugar de Trabajo)

_____
(Municipio) (Departamento)

Documento de Identificación No. _____

Emitido por : _____con fecha: _____

Por este medio me dirijo a usted para exponerle lo siguiente:

PRIMERO: Que pertenezco a la ASAPESPU, en calidad de Asociado _____
Activo Laborante, Activo Optativo por Jubilación, Optativos (Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

SEGUNDO: Que por razones involuntarias, mi firma ha cambiado en algunos rasgos, no coincidiendo exactamente con la firma estampada en mis documentos de identificación y/o formularios aceptados en ésta Asociación. ----------

TERCERO: Que la firma que actualmente uso en mis documentos Públicos y Privados, es la que consigno en el presente formulario. ----------

PETICION:

-----En consideración a lo anteriormente expuesto, ruego a usted se sirva aceptar el presente registro y actualización de firma, dándole plena validez a la firma que registro a través de este documento.

Lugar y Fecha: _____

f)_____
Firma del Asociado solicitante ó impresión
digital del pulgar derecho en caso de no saber o no poder firmar

NOTA: Llenar únicamente si el asociado no sabe o no puede firmar, requiriendo un testigo a ruego no pariente del solicitante.

Nombre completo del Testigo a Ruego: _____

Documento de Identificación No. : _____

emitido por _____con fecha: _____

Hago constar que el asociado no puede firmar por el siguiente motivo: _____

_____

Por lo que dejo constancia que la impresión digital del dedo pulgar derecho corresponde al asociado.

_____
FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO

ANTE MI:

Nombre _____ _____ _____
Representante Departamental, Órgano de Dirección o Delegado Distrital — Firma — Sello

Vo.Bo. _____
Gerente ASAPESU

Original: ASAPESPU Copia: Asociado