Toda asociación que desee inscribirse ante este Colegio Profesional debe presentar este formulario y garantizar que sus miembros de Junta Directiva sean profesionales inscritos, activos y al día.

**DATOS DE LA ASOCIACIÓN (estos datos se publicarán en la página web)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la asociación: | |
| Persona que fungirá como contacto ante el CPPCR: | |
| Teléfono: | Correo: |

**DATOS DE INSCRIPCIÓN ANTE EL REGISTRO NACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Tomo: | Asiento: |
| Fecha de inscripción: | Cédula jurídica: |

**DATOS DE CONSTITUCIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PUESTO** | **NOMBRE** | **CÓDIGO PROFESIONAL** |
| Presidencia |  |  |
| Vicepresidencia |  |  |
| Fiscalía |  |  |
| Secretaría |  |  |
| Tesorería |  |  |
| Vocal 1 |  |  |
| Vocal 2 |  |  |
| Vocal 3 |  |  |

**INFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN:** **(estos datos se publicarán en la página web)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Misión** |  |
| **Visión** |  |
| **Número aproximado de integrantes** |  |
| **Requisitos de afiliación** |  |
| **Cuota mensual afiliación** |  |
| **Contacto para afiliación** | Correo:  Teléfono: |

**LOGO DE LA ASOCIACIÓN:**

|  |
| --- |
|  |

Inserte dentro del recuadro el logo de la asociación.

Fecha de solicitud:

Firma