

Cooperativa de Servicios Integrales EL EDUCADOR SANTEÑO, R.L.

Paseo Carlos L. López-Las Tablas Tel: 994-6325/7955/9646
Sucursal Albroom Tel: 314-6735/6736

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ASPIRANTE A DELEGADO(A)

"Con su participación como Delegado contribuye al fortalecimiento institucional de su Cooperativa"

Capítulo de GUARARE, MACARACAS, LOS SANTOS, PEDASI, POCRI, T

N° de Asociado(a) _____

I. Datos Personales

1. Nombre: _____
2. Dirección Residencial: _____
3. Teléfono: _____

II. Experiencia Cooperativa

1. Años de ser Asociado(a) _____. Ha sido usted Delegado(a). Sí _____ No _____
2. Ha realizado transacciones crediticias con la Cooperativa. Sí _____ No _____
3. Ha participado en seminarios dictados en la Cooperativa. Sí _____ No _____
4. Sabe usted cuáles son los deberes de un Delegado(a), mencione algunos _____

5. Ha sido miembro de algún cuerpo directivo. Sí _____ No _____
Cuál o cuáles _____

III. Gestión del Delegado en la Cooperativa

1. Está usted consciente de la importancia de ser Delegado(a). Sí _____ No _____
Explique por qué: _____

2. La Ley que regula actualmente las cooperativas es la N° 38 de 1997 ó la 17 de 1997.
Indique la correcta _____
3. Está usted dispuesto(a) a asistir a jornadas de capacitación. Sí _____ No _____
4. De ser usted escogido(a) Delegado(a) de su Capítulo, tendrá la disposición de tiempo para asistir a charlas de capacitación, reuniones capitulares, y participar en la Junta Capitulare y la Asamblea por Delegados. Sí _____ No _____

Firma del Asociado(a) _____

Para Uso del Comité Electoral

Cumple con los requisitos exigidos para Delegado(a) establecidos por la Cooperativa. Sí _____ No _____

Observaciones: _____

Firma del Secretario(a) _____

Firma del Presidente _____