

**SOLICITUD AUXILIO SOLIDARIDAD**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: D \_\_\_\_ M \_\_\_\_ A \_\_\_\_ No. de afiliación \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES:**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Docum. identidad: . \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección Res. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Tel. fijo . \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E mail. \_\_\_\_\_

Motivo por el cual solicita el Auxilio: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS: Para el asociado:**

- 1. Diligenciar formulario de solicitud dentro de los términos señalados en el respectivo reglamento.
- 2. Anexar fotocopia legible del documento de identidad del solicitante.
- 3. Ser asociado hábil en el momento de presentar la solicitud.
- 4. Acreditar mínimo un (1) año de antigüedad en la Cooperativa.
- 5. Anexar los documentos exigidos en cada caso particular.

**CERTIFICACIÓN:** Certifico bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada en la presente solicitud, es exacta y verídica. En consecuencia, autorizo a la Cooperativa para adelantar las acciones disciplinarias, civiles o penales a que haya lugar en caso de encontrar documentos o informaciones falsas o inexactas que puedan afectar o poner en riesgo el patrimonio de la misma.

**Firma del solicitante:**

NOMBRE DE BANCO
TIPO DE CUENTA
NUMERO

**ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firmas Miembros Comité Solidaridad: