|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos Personales | | | | | |
| **Nombre completo** | **Primer apellido** | | **Segundo apellido** | | |
|  |  | |  | | |
| **Número de identificación\*** | **Nacionalidad** | | **Fecha de nacimiento** | | **Edad** |
|  |  | |  | |  |
| **Estado Civil** | **Ocupación** | | | | |
|  | Asalariado | Trabajador independiente | | No se encuentra laborando | |
|  |  | |  | |
| Lugar de trabajo |  | | | |
| **Lugar de habitación** | **Provincia** | **Cantón** | | **Distrito** | |
| Otras señas |  | | | | |
| **Teléfono habitación** | **Celular** | | **Trabajo u Otro** | | |
|  |  | |  | | |
| **Correo electrónico personal** |  | | | | |
| **Título de Historia con el que se postula (Seleccione los títulos que adjuntará a la presente solicitud)** | Bachiller | |  | | |
| Licenciado | |  | | |
| Maestría/Doctorado | |  | | |

\*Cédula de identidad, Dimex, o pasaporte.

**Acuerdo de compromiso:**

Al remitir este documento solicito la incorporación a ACOPHI me comprometo a respetar y acatar sus estatutos, reglamentos y todas las disposiciones, así como realizar los pagos mensuales estipulados por la asociación, así como a aquellas que den pie a esta solicitud.

**Documentos que debe aportar:**

* Cédula de identidad / pasaporte / DIMEX, títulos académicos y curriculum vitae.

Opcionalmente:

Nos gustaría conocer brevemente su motivación para ser parte de la asociación:

Firma del interesado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_