

FORMATO N° 15: SOLICITUD DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA AL FONAFUN PNP.



FONAFUN PNP

Fondo de Apoyo Funerario

I. DATOS DEL SOLICITANTE

1. NOMBRES:
2. APELLIDOS:
3. GRADO Y SITUACIÓN:
4. CORREO ELECTRÓNICO:
5. D.N.I. N°:
6. CIP. N°:
7. UNIDAD LABORAL:
8. TELÉFONO:

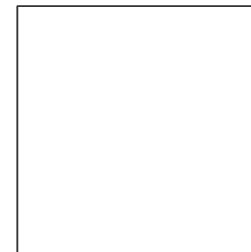
Mediante la presente solicito voluntariamente mi afiliación al Fondo de Apoyo Funerario, en atención al Artículo 63° Numeral N°1 del Reglamento Estatutario del FONAFUN PNP vigente:

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por encontrarse conforme a ley

LUGAR:

FECHA:...../...../.....

**IMPRESIÓN
DACTILAR**



I.D.

FIRMA Y :

POSTFIRMA