



FORMULARIO CONOZCA SU DIRIGENTE

DATOS GENERALES

Primer Nombre:		Cédula Pasaporte	___ ___	No.	
Segundo Nombre:		Género:		F ___ M ___	
Primer Apellido:		Fecha de Nacimiento:			
Segundo Apellido:		Lugar de Nacimiento:			
Estado Civil:		Apellido de Casada (Si procede):			
Nacionalidad:		Otra Nacionalidad:			
Dirección Residencia:		Sector:			
Teléfono Residencia:		Municipio:			
Teléfono Móvil:		Provincia:			
Reside en el Extranjero:	Si ___ No ___	Dirección:			
Parentesco con Directivo o Colaboradores:	Si ___ No ___	Especificar			
Parentesco con Socio:	Si ___ No ___	Especificar			
Nivel académico:		Profesión:	Ocupación:	<input type="radio"/> Sin estudios. <input type="radio"/> Primario. <input type="radio"/> Secundario.	<input type="radio"/> Técnico. <input type="radio"/> Universitario. <input type="radio"/> Post-Grado.
Correo electrónico:					

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa:		Superior Inmediato:		Fecha de ingreso:	
Cargo que Ocupa:		Salario:		RD\$	
Teléfono Empresa:					
Otras fuentes Ingresos:	Si ___ No ___	Monto:		RD\$	
Especificar					

¿Pertenece o ha pertenecido a algún Organismo de Administración y Control de COOPNAZONAF | Si ___ No ___

Indicar cual:
Consejo de Administración () Consejo de Vigilancia () Comité de Crédito ()

Indique cargo y período:

¿Ha sido o es? Delegado () Suplente a delegado ()

DATOS DE LA PAREJA

Nombres:		Cédula _____ Pasaporte _____	
Apellidos:		Empresa donde labora:	
Nacionalidad:		Posición:	
Teléfono Móvil:		Salario:	

DATOS DE LOS PADRES

MADRE		PADRE	
Primer Nombre:		Primer Nombre:	
Segundo Nombre:		Segundo Nombre:	
Segundo Apellido:		Segundo Apellido:	
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Cédula _____ Pasaporte _____	No. _____	Cédula _____ Pasaporte _____	No. _____
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Municipio:		Municipio:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	

REFERENCIAS PERSONALES

Nombres y Apellidos:	Nombres y Apellidos:
Cédula o pasaporte:	Cédula o pasaporte:
Parentesco:	Parentesco:
Teléfono Residencia:	Teléfono Residencia:
Teléfono Móvil:	Teléfono Móvil:
Dirección:	Dirección:

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Ha sido funcionario en el Estado en los últimos 3 años?		Si__ No__	Desde	Hasta
Institución:			Cargo:	
¿Es Militar?	Si__ No__	Rango	Cargo:	
¿Tiene algún familiar o relacionado por consanguinidad o por afinidad que haya sido funcionario público?		Si__ No__	Desde	Hasta
			Cargo:	Institución:
Nombres y apellidos:			Relación o parentesco:	
¿Usted ha realizado declaración Jurada de Patrimonio?		Si__ No__	Especificar	

MANUALES Y CÓDIGOS

Declaro haber recibido, leído y entendido los siguientes documentos:

Manual de procedimiento PLA/FT en COOPNAZONAF	Si__ No__
Código de Ética en COOPNAZONAF	Si__ No__
Reglamentos internos	Si__ No__
Diplomado de Carrera Dirigencial	Si__ No__

CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN

Nombre	Institución Responsable	Tiempo de capacitación	Fecha

OTROS

- El formulario debe ser llenado de manera correcta por el directivo.
- El directivo está en el deber y obligación de presentar los documentos originales y certificaciones que le sean requeridos por el Consejo de Administración o la Gerencia General de COOPNAZONAF.
- La información proporcionada y contenida en este formulario, es considerada estrictamente confidencial

AUTORIZACIÓN

Expreso que todos los datos ofrecidos y documentos anexos a este formulario son ciertos, que la información adjunta es veraz y puede ser verificada. Autorizo su verificación ante cualquier persona física o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y hasta que se mantenga vigente la relación comercial con la COOPNAZONAF o con quien represente sus derechos, me comprometo actualizar los datos y/o la documentación al menos una vez cada dieciocho meses o cuando sea necesario por razones justificadas. Asimismo, autorizo a COOPNAZONAF o quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue, a los organismos de consulta de bases de datos o Centrales de Información y Riesgo o cualquier otra institución o empresa, todo lo referente a mi comportamiento general como socio. Para efectos de la autorización, entiéndase por COOPNAZONAF, ubicada en la _____, o cualquiera que represente sus derechos, declaro expresamente que: Mi actividad laboral, profesión u oficio son lícitos y las ejecuto dentro de las disposiciones legales y los valores que poseo no provienen de actividades ilícitas establecidas en el Código Procesal Penal de la República Dominicana, ni de las tipificadas en la Ley 155/17 sobre la Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y de la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Que como titular de la información, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan obtenido sobre mí. Que la responsabilidad del tratamiento de la información que se comparta transfiera, transmita, entregue o divulgue es de COOPNAZONAF, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. COOPNAZONAF se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normativas sobre la prevención de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo como sujeto obligado. En caso de que no suministre las informaciones o documentos requeridos, COOPNAZONAF se reserva el derecho de aceptar, declinar o cancelar el derecho de ser socio.

Atendido por _____ **Fecha** _____

Firma del Socio (a) _____
(como está en la cédula)