

**Cooperativa de Servicios Múltiples EDIOACC, R. L.**

---

**INSCRIPCIÓN PARA CANDIDATO A DELEGADO  
"Ser delegado es un derecho, un deber y un privilegio de todo asociado"**

Requisitos para ser candidato a delegado, basado en el artículo 33 del Estatuto de la Cooperativa de Servicio Múltiples EDIOACC, R. L.:

- a) Pertener al capítulo respectivo, según el registro en la cooperativa, el cual deberá mantenerse actualizado.
- b) Ser mayor de edad y tener la condición de asociado hábil (no estar moroso en sus aportaciones y compromisos económicos con EDIOACC, R. L.).
- c) Tener un mínimo de dos años como asociado hábil de EDIOACC, R. L.
- d) Haber cumplido con el programa de capacitación que establezca la Cooperativa para delegados.

En adición el candidato a delegado debe estar presente en la reunión capitular al momento de la postulación y cumplir con los artículos 15 y 16 del Reglamento de Reuniones Capitulares y Asamblea por Delegados.

---

**1. CAPÍTULO AL QUE PERTENECE:** No. \_\_\_\_\_ (El asociado es responsable de verificar al capítulo que pertenece).

**2. DATOS PERSONALES DEL CANDIDATO: (favor utilizar letra legible)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ No. cédula: \_\_\_\_\_ No. asociado: \_\_\_\_\_

Correo \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Provincia, Distrito, Corregimiento, Barriada

Dirección laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

División, Edificio con su área de trabajo (Ejemplo: División de Tecnología, Edificio 729 - Corozal)

**3. EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO COOPERATIVOS:**

a. Años de ser asociado de EDIOACC, R. L. \_\_\_\_\_

b. Completó el programa de capacitación de la cooperativa para ser delegado: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**1) Asociado: 2 cursos 2) delegado: 1 cursos**

c. Tiene experiencia como directivo cooperativista o comisionado. Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**4. PRESENTO MI POSTULACIÓN PARA SER DELEGADO FIRMA:**

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIÓN:** El Comité de Elecciones verificará la información suministrada por el asociado.

Firma de la persona que recibe: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Entregar copia firmada por la persona que recibe el formulario, como constancia de la postulación**

**PARA USO DEL COMITÉ DE ELECCIONES  
Resultados de la verificación Postulación**

Aprobada \_\_\_\_\_ Postulación Rechazada \_\_\_\_\_ No. de Control \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

"DELEGADO, MI FUTURO ERES TÚ"