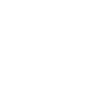
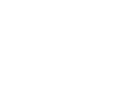
+



Colegio de Contadores Públicos de Sonora, A.C.

CP Octavio Acosta Salomón No. 42 esq.

CP Agustín Caballero Wario, Col. Villa Sol Tels.: (01-662) 213-2145 y 217-4699

Hermosillo, Sonora, México CP 83140 email: [recepcion@ccpdesonora.org](mailto:recepcion@ccpdesonora.org)

[www.ccpdesonora.org](http://www.ccpdesonora.org/) **Toma de Protesta DIA MES AÑO**

# CATEGORÍA DE INGRESO:

**Socio Activo Estudiante Socio de Registro**

**Pasante Maestro (tiempo completo)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES:** | | |
|  |  |  |

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento (País)

Delegación Población Nacionalidad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Estado Civil R.F.C. CURP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Calle ó Avenida

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMICILIO PARTICULAR:** | | |
|  |  |  |

Número Exterior

Número Interior

Entre (calles)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Colonia

Código Postal

Delegación Población Estado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Correo Electrónico Teléfono Fax

Nombre o Denominación Social

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE FACTURACIÓN:** | |
|  |  |

R.F.C.

Calle ó Avenida Número Exterior Número Interior

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Colonia Código Postal Tel / Fax

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Delegación Población Estado

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS FAMILIARES:** | |
|  |  |
|  |
|  |

Padre: Madre:

Esposo:(a):

# DATOS ACADÉMICOS:

Estudiante: Licenciatura:

Nombre de la Institución Educadora

Grado de Estudio

Fecha de Titulación: DIA MES AÑO Posgrado:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Fecha de Titulación: DIA MES AÑO

# DATOS PROFESIONALES: (Áreas de Especialización)

Título de la Tesis:

Título de la Tesis

Fiscal Contabilidad Auditoría Otro

Finanzas Administración Costos Cual….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO:** | | | |
| Licenciatura: |  | Posgrado: |  |
| **REGISTRO ANTE NÚMERO:** | | | |

A.G.A.F.F

I.M.S.S. I.N.F.O.N.A.V.I.T. C.N.V.

Nombre de la Empresa

|  |  |
| --- | --- |
| **DOMICILIO PROFESIONAL:** | |
|  |  |

Puesto

Calle ó Avenida Número Exterior Número Interior Entre (calles) Colonia Código Postal

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Delegación Población Estado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Correo Electrónico Teléfono Fax

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECTOR AL QUE PERTENECE:** |  | |
| Independiente Ditaminador Docencia | Independiente NO Dictaminador Gubernamental | Empresas Otro |

# PERTENENCIA A OTRO COLEGIO FEDERADO: SI NO

Nombre del Colegio Fecha de Inscripción

Población

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Estado

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REFERENCIAS (Socios que lo Recomiendan):** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Número de Socio

# 1.-

**2.-**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Firma

DIA MES AÑO

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA** | | |
| **SOCIO ACTIVO: $ 5,000.00** | **MAESTROS: $ 2,500.00** | **ESTUDIANTES: $ 600.00** |
| Currículum Vitae  2 Fotografías tamaño credencial  Copia fotostática de título y cédula profesional | Currículum Vitae  2 Fotografías tamaño credencial Copia fotostática carta de pasante | Currículum Vitae  2 Fotografías t. credencial  Kardex o carta de estudios |

