



**Asociación Instituto de Auditores Internos de Nicaragua**  
Miembro de -The Institute of Internal Auditors  
Miembro de la Fundación Latinoamericana de Auditores Internos  
Miembro de la Confederación de Asociaciones Profesionales de Nicaragua

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

<b>REQUISITOS</b>	Inscripción U\$ 10
Curriculum vitae y una fotografía tamaño carnet	Fotocopia de cédula
Membresía de un semestre U\$ 30.00	Fotocopia de Título Profesional y Gaceta de Publicación.

**INFORMACIÓN PERSONAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Domicilio \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PROFESIONAL:**

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Actividad Económica del Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Está usted encargado de las actividades de Auditoría? Si \_\_\_\_\_ En parte \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Práctica y coordina los trabajos de Auditoría? Si \_\_\_\_\_ En parte \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Número de Auditores a su cargo \_\_\_\_\_ Nombre de su inmediato superior \_\_\_\_\_

Si usted es estudiante anote el nombre de la universidad \_\_\_\_\_

Fecha de grado \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Su nombre exactamente como debe figurar en la certificación de miembro \_\_\_\_\_

**Declaro que todos los documentos y datos suministrados son veraces y auténticos, y acepto la facultad que tiene la Junta Directiva de aprobar o denegar esta solicitud.**

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DIRECTIVA**

**De conformidad con los estatutos vigentes se resuelve: Denegar \_\_\_\_\_ Aprobar \_\_\_\_\_**

Acta No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma Secretario Junta Directiva \_\_\_\_\_

**Número de miembro nacional \_\_\_\_\_ Número de miembro internacional \_\_\_\_\_**