



## DESIGNACIÓN VOLUNTARIA DE BENEFICIARIOS

### REGLAMENTO DEL FONDO DE AYUDA MUTUA - FAM

#### ANEXO N<sup>o</sup> 1

Yo .....  
enfermera(o), colegiada(o) y habilitada(o) para el ejercicio profesional con Cep  
domiciliada(o) en

..... Distrito.....  
Región \_\_\_\_\_ con fecha de la solicitud de'.....

Declaro: que instituyo y nombro adjudicatario(s) del beneficio por fallecimiento que  
otorga el Fondo de Ayuda Mutua (FAM) del Colegio de Enfermeros del Perú (Consejo  
Regional III de Lima Metropolitana) a:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Me someto a lo prescrito en el Reglamento del FAM del Colegio de Enfermeros del

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INSTITUYENTE  
(Miembro de la Orden) CEP

Teléfono.....  
Celular.....