SINDICATO INDEPENDIENTE DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

SECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL

FONDO DE AHORRO

SOLICITUD DE DECREMENTO

FECHA: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Por medio de la presente autorizo un decremento de porcentaje a mi cuota del Fondo de Ahorro del SITUAM, del _____% que aporto actualmente, al _____%, sobre mi salario base mensual, el cual se aplicará cada quincena por concepto de mi aportación al Fondo de Ahorro.

Al firmar la presente me doy por enterado(a) del Reglamento que rige a éste Fondo, quedando de acuerdo con el mismo. De igual forma autorizo que dicho descuento sea efectuado por la UAM, vía nómina.

MIS DATOS GENERALES:

Nombre: _____ _____
Apellido Paterno Apellido Materno

_____
Nombre(s)

Adscripción: _____ _____
Unidad División, Departamento o Coordinación

_____
Sección

Número Económico: _____ **Firma del Trabajador:** _____

Tel. UAM: _____ **Ext.:** _____ **Tel. particular:** _____

Correo electrónico: _____