

SINDICATO INDEPENDIENTE DE TRABAJADORES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



COMISIÓN DEL FONDO DE AHORRO

**DECREMENTO DE
FONDO DE AHORRO**

Nº. _____

FECHA _____

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

Al firmar la presente me doy por enterado 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 SON:

NOMBRE _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

ADSCRIPCIÓN _____
Unidad Dirección, División o Coord. Departamento o Sección

Num. de Empleado _____
Firma del Trabajador

PARA SER LLENADO POR LA COMISIÓN DEL FONDO DE AHORRO A PARTIR DE

Vo. Bo.

COMPROBANTE PARA EL TRABAJADOR

SOLICITUD DE INGRESO AL FONDO DE AHORRO DEL SITUAM. FECHA _____

PARA SER LLENADO POR LA COMISIÓN DEL FONDO DE AHORRO A PARTIR DE _____



Vo. Bo.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO