



SINDICATO INDEPENDIENTE DE TRABAJADORES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

SECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL

FONDO DE AHORRO

SOLICITUD DE INCREMENTO

FECHA: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Por medio de la presente autorizo un incremento de porcentaje a mi cuota del Fondo de Ahorro del SITUAM, del ____% que apporto 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: _____