



SINDICATO INDEPENDIENTE DE TRABAJADORES  
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

SECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL

FONDO DE AHORRO

# SOLICITUD DE BAJA

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Por medio de la presente solicito gire las instrucciones correspondientes para darme de baja del Fondo de Ahorro del SITUAM.

Al firmar la presente me doy por enterado(a) del Reglamento que rige a éste Fondo, quedando de acuerdo con el mismo.

## 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: \_\_\_\_\_