



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: _____