



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 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: \_\_\_\_\_