



# FONDO DEL AHORRO MAGISTERIAL A. C.

Av. 5 de Mayo y Michoacán No. 100 Zona Centro, Tijuana B. C.

Tel. 6 88 24 36

Nombre \_\_\_\_\_  
Paterno Materno Nombre(s)

Categoría \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

## Solicitud de PRESTAMO

SOCIO ( )

DEUDOR DIVERSO ( )

Activo ( )

Jubilado ( )

No. \_\_\_\_\_

Tipo de préstamo \_\_\_\_\_ Cantidad que solicita: \_\_\_\_\_

No. De Empleado \_\_\_\_\_ Zona Escolar \_\_\_\_\_ Delegación Sindical \_\_\_\_\_

Paterno

Materno

Nombre(s)

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Avenida, Calle, Calzada, etc.

Número

Colonia

Población o Ciudad

Código Postal

Dependencia donde labora \_\_\_\_\_

Oficina de Adscripción (Escuela) \_\_\_\_\_ Zona Escolar \_\_\_\_\_

Nombramiento \_\_\_\_\_ Sueldo \$ \_\_\_\_\_

Otro nombramiento \_\_\_\_\_ Sueldo \$ \_\_\_\_\_

Tipo: Base ( ) Jubilado ( ) Fecha de ingreso a la dependencia de Gobierno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tiempo de cotizar al Fondo del Ahorro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Deseo aumentar mi aportación \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Mensual

Quincenal

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

## PARA SER LLENADO POR EL CONTROL DE SALIDAS

Préstamo anterior \$ \_\_\_\_\_

Saldo deudor \$ \_\_\_\_\_

Fecha de saldo \$ \_\_\_\_\_

Aportación \$ \_\_\_\_\_

Revisado por

Autorizado por consejo de Administración

\*Favor de anexar copia de identificación y último talón de cheque

Autorizado por Consejo de Vigilancia