



# FONDO DEL AHORRO MAGISTERIAL A. C.

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

Tel. 6 88 24 36

TIJUANA B.C.

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