



FONDO DEL AHORRO MAGISTERIAL A.C.

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

Fam37tijuana@hotmail.com Tel. 688 24 36

SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE DATOS

Empleado No. _____ Delegación Sindical _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Otro _____

Domicilio _____

Calle, Avenida, Etc.

Numero

Colonia _____ Población Ciudad _____ Código Postal _____

Dependencia donde labora _____

Oficina de adscripción _____ Zona Escolar _____

Nombramiento _____ Sueldo \$ _____

Otro Nombramiento _____ Sueldo \$ _____

Tipo: Base _____ Jubilado _____ Fecha de ingreso a la Dependencia: _____

Deseo que se me descuente la cantidad de: \$ _____

Lugar y Fecha _____

Firma del Solicitante

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Beneficiario	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En caso de que faltare algunos de los beneficiarios designados, la cantidad que se le(s) correspondiese se distribuirá en la siguiente forma: _____

En caso de menores nombro albacea a: _____
y si éste faltare a: _____

CORREO ELECTRONICO: _____