



AFILIACIÓN A LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR VOLUNTARIO
CICLO JULIO 2022 A JUNIO 2023

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE(S) Y APELLIDOS _____

NÚM. DE CONTROL: _____ CATEGORÍA: _____ TURNO: _____

**NÚM. DE PENSIÓN: _____ (SOLO PARA PENSIONADOS Y JUBILADOS).

ADSCRIPCIÓN _____

DEPARTAMENTO Y/O ÁREA: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ CELULAR: _____

CON FUNDAMENTO Y ATENDIENDO LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 33 EN SU FRACCIÓN IV DE LA LEY DEL SERVICIO CIVIL DEL ESTADO DE SONORA, OTORGO PLENA CONFORMIDAD Y DE MANERA EXPRESA A EFECTO DE QUE EL SUEISSSTESON SE SIRVA DESCONTAR LA CANTIDAD AUTORIZADA COMO APORTACIÓN A LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR VOLUNTARIO DEL SUEISSSTESON QUINCENAL PARA TRABAJADORES ACTIVOS Y MENSUAL PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DESIGNO COMO BENEFICIARIO(S) A:

<input type="text"/>	PORCENTAJE:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	PORCENTAJE:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	PORCENTAJE:	<input type="text"/>

ES REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR COPIA LEGIBLE DEL ÚLTIMO TALÓN DE CHEQUE, INE ANVERSO Y REVERSO; Y CREDENCIAL SUEISSSTESON.

NOTA ACLARATORIA: LOS AHORRADORES GOZARÁN DE LOS RENDIMIENTOS GENERADOS EN PROPORCION AL TIEMPO AHORRADO.

*AL FIRMAR ESTA SOLICITUD ACEPTO LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS APLICABLES A LA OPERATIVIDAD, ADMINISTRACIÓN DE PRÉSTAMOS, RECUPERACIÓN Y DISTRUBUCIÓN DE DIVIDENDOS DE LAS APORTACIONES DEL AHORRO VOLUNTARIO ESCOLAR.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL AHORRADOR