



AFILIACIÓN A LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR VOLUNTARIO
CICLO 15 DE JULIO 2023 A 30 DE JUNIO 2024

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE(S) Y APELLIDOS: _____

NÚM. DE CONTROL: _____ CATEGORIA: _____ TURNO: _____

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

ADSCRIPCION: _____

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 ACTIVOS Y MENSUAL PARA 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 Y CREDENCIAL DEL INE.

NOTA ACLARATORIA: LOS NUEVOS AHORRADORES GOZARÁN DE LOS RENDIMIENTOS GENERADOS DURANTE EL CICLO CORRESPONDIENTE.

*AL FIRMAR ESTA SOLICITUD ACEPTO LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS APLICABLES A LA OPERATIVIDAD, ADMINISTRACIÓN DE PRÉSTAMOS, RECUPERACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DIVIDENDOS DE LAS APORTACIONES DEL AHORRO VOLUNTARIO ESCOLAR COMO LO MARCA EL REGLAMENTO.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL AHORRADOR