



SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LOS PODERES,
MUNICIPIOS E INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS DEL ESTADO DE MÉXICO.
Comité Ejecutivo Seccional

FONDO DE AHORRO Y PRÉSTAMOS DEL SUT EYM-ISSEMYM



CARTA COMPROMISO

(Licencia sin goce de sueldo)

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

VÍCTOR MANUEL MAGAÑA PÉREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE
AHORRO Y PRÉSTAMOS DEL SUT EYM-ISSEMYM
P R E S E N T E

El que suscribe C. _____ me obligo a no solicitar licencia sin goce de sueldo, mientras se encuentre vigente el plazo de convenio del préstamo otorgado; en caso contrario, previo a ejercer la solicitud de dicho permiso, me obligo a liquidar el saldo pendiente del préstamo a la clave interbancaria del **Banco Multiva** número **132180000097649259** número, a nombre de SUT EYM-ISSEMYM, tal y como se encuentra establecido en las Reglas de Operación vigentes, que rigen dicho fondo.

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE

Nombre y firma

(firmar igual que en sus identificaciones y documentos oficiales)

Teléfono: _____

Clave: _____

Categoría: _____

Adscripción: _____

NOTA: Firmada en dos tantos originales, uno para la sección y otro para el Departamento de Administración de Personal.

Aviso de Privacidad: Con fundamento en los artículos 2, 3, 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, hacemos de su conocimiento que la Sección Sindical SUT EYM-ISSEMYM con domicilio en José Luis Álamo número 103 Barrio San Bernardino C. P. 50080 en el Municipio de Toluca Estado de México, con el portal <https://suteymissemym.org.mx> es responsable de recabar sus datos personales y almacenarlos para el uso y protección de los mismos, con el objetivo de que la sección lleve a cabo sus funciones de representación, defensa y mejoramiento de los derechos laborales, sociales y económicos de sus agremiados, motivo por el cual su información personal será utilizada con los siguientes fines: Gestión de trámites y/o atenciones que deriven del convenio sindical para el goce de prestaciones, por lo que, es usted CONSCIENTE TÁCITAMENTE del tratamiento de sus datos en términos de lo informado en el presente aviso de privacidad siempre que no haya manifestado su oposición. También se hace de su conocimiento que puede consultar el aviso de privacidad integral en el portal aquí señalado.

Nombre y firma de quien recibió en coordinación sindical:

Nombre y firma Fondo de Ahorro: Recibió: _____ Revisó: _____ Valió: _____