



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



FONDO DE AHORRO Y PRÉSTAMOS DEL SUTEYM-ISSEMYM

CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN
DE PERSONAL DEL ISSEMYM
P R E S E N T E**

El (la) que suscribe C. _____
adscrito a la unidad de _____
con clave issemym _____, **MANIFIESTO LIBREMENTE Y SIN
NINGUNA PRESIÓN, MI CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZAR** al Departamento
de Personal, el descuento quincenal vía nomina por concepto de ahorro
como aportación ordinaria por la cantidad de
\$ _____/100 M.N.).

Lo anterior, **derivado de mi participación como socio en el Fondo de Ahorro
y Préstamos del SUTEYM-ISSEMYM** por así corresponder a mi derecho e
interés personal. Del mismo modo manifiesto mi conformidad para que se
me descuenta el monto quincenal de pago que corresponda, en caso de
haber accedido a un préstamo, conforme a las Reglas de Operación del
fondo de referencia.

A T E N T A M E N T E

Nombre y firma

(firmar igual que en sus identificaciones y documentos oficiales)

Teléfonos: _____

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 SUTEYM-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: _____ Validó: _____