



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



SOLICITUD DE MOVIMIENTO

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

DATOS PERSONALES

CLAVE ISSEMYM	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
DOMICILIO (calle y número exterior e interior)		POBLACIÓN O DELEGACIÓN / ESTADO	
COLONIA FRACCIONAMIENTO		CODIGO POSTAL	

DATOS LABORALES

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	CATEGORÍA NOMINAL:
SI TIENE COMISIÓN DE TRABAJO INDIQUE EN QUE UNIDAD Y PERIODO:	
DOMICILIO, TELÉFONO Y EXTENSIÓN DE LA UNIDAD DONDE LABORA:	

MOVIMIENTO DEL AHORRO QUINCENAL

DISMINUCIÓN INCREMENTO

Importe actual \$ _____ (_____ /100 M.N.).

Nuevo importe \$ _____ (_____ /100 M.N.).

BAJA DEL FONDO DE AHORRO

Motivo (especifique): _____

Importe de ahorro que se descontaba quincenalmente:

\$ _____ /100 M.N.)

Nombre y firma

(firmar igual que en sus identificaciones y documentos oficiales)

Teléfono, correo: _____

NOTA: Anexar último recibo de pago.

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: _____