



SOLICITUD DE RETIRO DE APORTACIONES ORDINARIAS

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

MARIA GUADALUPE TORRES OROZCO
SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN
DEL FONDO DE AHORRO Y PRÉSTAMOS DE SUTEYM - ISSEMYM
P R E S E N T E

Por este medio, el que suscribe C. _____,
con clave _____ issemym _____, adscrito
a _____ me permito solicitar a usted, **por única
ocasión la devolución de mis aportaciones ordinarias** realizadas en este ejercicio
fiscal atendiendo a los movimientos de incremento o disminución según
corresponda, en términos del artículo 43 de las Reglas de Operación del Fondo de
Ahorro y Préstamos del SUTEYM-ISSEMYM. Adjunto a la presente copia de
identificación oficial vigente y último comprobante de pago de nómina. Para el
movimiento solicitado, requisito de puño y letra los siguientes datos:

Clabe interbancaria: _____ **Banco:** _____

APORTACIÓN QUINCENAL	PERIODO DE APORTACIÓN A RETIRAR	No. DE QUINCENAS (devolución)	IMPORTE TOTAL

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Nombre y firma

(firmar igual que en sus identificaciones y documentos oficiales)

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

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: _____