



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 RETIRO DE APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SOCIO (solo personal de base)

CLAVE ISSEMYM	APELLIDO PATERNO NOMBRE(S)	APELLIDO MATERNO	R.F.C. CON HOMOCLAVE	
CLABE INTERBANCARIA:			INSTITUCIÓN BANCARIA:	
UNIDAD SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:				
SI TIENE COMISIÓN DE TRABAJO INDIQUE DONDE:				

### DATOS DEL SOCIO AHORRADOR

(solo personal de eventual de contrato o suplente, y pensionados)

CLAVE ISSEMYM	APELLIDO PATERNO NOMBRE(S)	APELLIDO MATERNO	R.F.C. CON HOMOCLAVE	
CLABE INTERBANCARIA:			INSTITUCIÓN BANCARIA:	
UNIDAD DONDE LABORA O LABORÓ EN SU ÚLTIMA CONTRATACIÓN Y/O ANTES DE PENSIONARSE:				

### MOVIMIENTO A REALIZAR EN SUS APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

IMPORTE A RETIRAR	\$ _____ ( _____ /100 M.N).
----------------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**

(firmar igual que en sus identificaciones y documentos oficiales)

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota:** La transferencia bancaria se realizará única y exclusivamente a la cuenta de nómina del socio solicitante.

**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.

### PARA LLENADO EXCLUSIVO DEL FONDO DE AHORRO

¿Recursos suficientes?	Saldo antes de la solicitud	Saldo actual con el retiro
	\$ _____	\$ _____
Importe a retirar:	\$ _____	(importe con letra)

Nombre y firma de quien recibió en coordinación sindical: \_\_\_\_\_

Nombre y firma Fondo de Ahorro: Recibió: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Validó: \_\_\_\_\_