

FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

CEDULA DE INSCRIPCION INDIVIDUAL

FOLIO

1.- DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE (S)			
FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	
R.F.C.	DOMICILIO		
C.P.	CIUDAD O ENTIDAD	TELÉFONO	

2.- DATOS LABORALES

DEPENDENCIA			
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION			
CLAVE PRESUPUESTAL		NIVEL	
DIRECCION			C.P.
CIUDAD O ENTIDAD		TELEFONOS	

3.- BENEFICIARIOS

SENALAR AL (LOS) BENEFICIARIO (S), PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO.  
SI SE DESIGNA A MENOR (ES) DE EDAD, INDICAR LA FECHA DE NACIMIENTO.

APELLIDOS Y NOMBRE (S)	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

DURANTE LA MINORIA DE EDAD, PAGUESE A:  
APELLIDOS Y NOMBRE (S) PARENTESCO CON EL ASEGURADO

EL BENEFICIO OTORGADO SE RESPETARA CON LAS ESPECIFICACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO.  
EL CAMBIO DE BENEFICIARIO(S) SE PODRA HACER EN CUALQUIER TIEMPO MEDIANTE ESCRITO.

OTORGO MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE PARA LOS EFECTOS QUE HAYA LUGAR.

FECHA DE ELABORACION

FIRMA DEL TRABAJADOR

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos personales contenidos en el presente documento son ciertos.