

Formato de Registro al seguro de apoyo en caso de detección de cáncer

C. Secretario de Educación y Cultura del Estado de Sonora:

Mediante el presente autorizo al Fondo de Ayuda Sindical Mutualista de la Sección 28 del SNTE para que se me descuenta del sueldo que devengo como trabajador de la Educación \$ _____ quincenales para cubrir las primas del seguro de apoyo en caso de detección de cáncer, de acuerdo con los siguientes datos:

No.	Nombre del Asegurado	RFC	Fecha de Nac. dd/mm/aaaa	Tipo de asegurado	No. de Modulos	Importe
Total						

Así mismo otorgo poder, amplio, cumplido y bastante, al Comité Técnico del Fondo de Ayuda Sindical Mutualista de la Sección 28 del SNTE, para que, en mi nombre y representación recojan el importe del descuento arriba mencionado, para que se destine al pago de primas de mi póliza.

Para los efectos correspondientes proporciono los siguientes datos:

Nombre Completo: _____ RFC: _____

Delegación Sindical: _____ Región: _____

Firma de Aceptación

_____, Sonora a _____ de _____ de _____

Documentación requerida:

- Copia de identificación oficial vigente
- Copia de talón de cheque reciente