



FONDO PARA EL FINANCIAMIENTO Y AHORRO PARA LOS TRABAJADORES
DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.

SOLICITUD DE INGRESO

Nombre del solicitante _____

CURP _____ No. de Empleado _____

Domicilio Particular _____ Tel _____

Ciudad _____ Municipio _____ C.P. _____

Dependencia Adscripción _____ U. Responsable _____

Antigüedad Laboral _____ Nombramiento _____ Tipo _____

Núm. De Nivel _____ Correo Electrónico _____

Cuenta Bancaria _____ CLABE Interbancaria _____

Banco _____

Beneficiarios _____

Autorizo a la administración del Fondo para que proceda el descuento de la
nómina de sueldo por la cantidad de \$ _____ (Importe en letras)
_____ quincenal.

Firma del Solicitante

FOFYA

REQUISITOS INSCRIPCIÓN

1. -Formato de Solicitud de Ingreso;
2. -Copia credencial de elector;
3. -Copia del recibo de nómina correspondiente a la 1era o 2da quincena del mes de noviembre del año en curso;
4. -Copia de comprobante de domicilio (3meses) y para el caso de que no esté a su nombre, presentar adicionalmente escrito, bajo protesta de decir verdad que es su domicilio el documento que se comprueba;
5. -Copia de cuenta y CLABE interbancaria a nombre del Trabajador;
6. -Formato de beneficiarios.

FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL FONDO PARA EL FINANCIAMIENTO Y AHORRO DE LOS TRABAJADORES DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO (FOFYA).

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra molde.

Que por mi expresa voluntad designo como beneficiario(s) del Fondo para el Financiamiento y Ahorro de los Trabajadores del Poder Ejecutivo del Estado a la(s) siguiente(s) persona(s) y es de mi conocimiento que la presente designación de beneficiarios podrá sustituirla cuando lo estime necesario, haciéndose efectiva la de fecha más reciente.

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR			
No. EMPLEADO:		RFC:	
CURP:			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS			
BENEFICIARIO 1			
NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	
CALLE	NÚMERO	PORCENTAJE	
COLONIA	MUNICIPIO	C.P	CIUDAD
ESTADO	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PERSONAL	
BENEFICIARIO 2			
NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	
CALLE	NÚMERO	PORCENTAJE	
COLONIA	MUNICIPIO	C.P	CIUDAD
ESTADO	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PERSONAL	

BENEFICIARIO 3			
NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
CALLE		NÚMERO	PORCENTAJE
COLONIA	MUNICIPIO	C.P	CIUDAD
ESTADO	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PERSONAL	
BENEFICIARIO 4			
NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
CALLE		NÚMERO	PORCENTAJE
COLONIA	MUNICIPIO	C.P	CIUDAD
ESTADO	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PERSONAL	

FIRMA DEL TRABAJADOR

LUGAR Y FECHA

La información de carácter personal aquí proporcionada, únicamente podrá ser utilizada para: cumplir con lo establecido en las reglas de Operación y Administración del Fondo; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los Datos Personales que se hayan recabado. Para tal efecto los trabajadores del Poder Ejecutivo podrán consultar el Aviso de Privacidad Integral en: <http://sefiplan.groo.gob.mx/site/> en la sección "Unidad de Transparencia".