|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LUGAR** | **FECHA** | | |
|  | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Secretario(a) del Comité Técnico del FAR**  **P R E S E N T E** | | | |
|  | | | |
| **NO. DE PERSONAL** | **NOMBRE** | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **CATEGORÍA** | | **DEPENDENCIA** | **REGIÓN** |
|  | |  |  |
| **Solicito se aplique de mi sueldo tabular:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **\*APORTACIÓN VOLUNTARIA** | | **\*INCREMENTO DE APORTACIÓN VOLUNTARIA** | | | | **\*DISMINUCIÓN DE APORTACIÓN VOLUNTARIA** | | | | **RENUNCIA A CONTINUAR APORTANDO VOLUNTARIAMENTE** | | Del | % | Del | % | al | % | Del | % | al | % | Si |   **\*** *La aportación voluntaria no debe ser mayor al 10%* | | | |

La solicitud será sometida en la sesión mensual del Comité Técnico del FAR, en caso de ser aceptada, será aplicada en la quincena siguiente a la sesión.

|  |
| --- |
|  |
| **FIRMA DEL TRABAJADOR** |