

\_\_\_\_\_, Quintana Roo a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_

**PROF. JOSE ARIMAEAL SALAS ALCOCER**  
**SRIO. GRAL. DE LA SECCION 25 SNTÉ**  
**PRESENTE**

A través del presente documento, solicito como **HOMOLOGADO** formar parte del FONDO DE AYUDA MUTUA EN CASO DE DEFUNCIÓN DE LA SECCION 25 DEL SNTÉ (**FAMUCADE**). Asimismo autorizo se gestione ante las Autoridades Educativas el descuento, en los términos y condiciones del convenio signado del SNTÉ, para lo cual proporciono los siguientes datos.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

R.F.C. CON HOMONIMIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DELEGACION SINDICAL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LUGAR: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta solicitud surtirá efecto a partir de que se inicie el descuento del concepto 59, luego de lo cual, procederé a designar beneficiarios y proporcionar datos complementarios en la página <http://famucadeseccion25.com/Actualizacion/> imprimiendo el formato correspondiente y llevarlo a la administración de FAMUCADE para su validación o en su caso enviarlo al correo electrónico de FAMUCADE ([famucade@snte25.org](mailto:famucade@snte25.org))

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

\*Anexar copia de último talón de cheque.

\*Anexar copia de IFE

\*Anexar copia formato único de personal

\*No tener como máximo 20 años de servicio.