

1.-DATOS PERSONALES

1. Anotar su nombre iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s)
2. Anotar su fecha de nacimiento día , mes, y año
3. Anotar su estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado o concubinato)
4. Anotar su clave de RFC.
5. Anotar su CURP (aparece en su credencial de Cámara o en su recibo de pago)
6. Anotar su domicilio completo (calle numero exterior, interior, colonia, código postal y su ciudad o estado)
7. Anotar un número telefónico particular donde se le pueda localizar

2.-DATOS LABORALES

1. DEPENDENCIA: En este renglón ya está prescrito el nombre de la dependencia
2. Anotar el nombre del centro de trabajo que aparece en su recibo de pago
3. Anotar después del número de la Cámara (00001 prescrito) número de plaza, número de puesto y número de empleado que se encuentra en su recibo de pago
4. Anotar el número de nivel que se encuentra en su recibo de pago
5. Anotar el número de teléfono de su oficina o ext.

3.-BENEFICIARIOS

1. Anotar él o los beneficiarios que desee
2. Anotar fecha de nacimiento de los beneficiarios menores de edad
3. Anotar el parentesco con usted de cada uno de sus beneficiarios
4. Anotar, en caso de haber designado a menores de edad, el nombre de una persona mayor de edad que responda por los menor(s)
5. Anotar el parentesco con usted
6. Anotar la fecha en que lo va a presentar en las oficinas de la Subdirección de Prestaciones y Servicios al Personal (edificio "E" 1 er. Piso, ala sur)

En la página siguiente encontrará un formato para ubicar cómo se debe llenar

**FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES
AL SERVICIO DEL ESTADO
CÉDULA DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL**

FOLIO

1.- DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE(S): (1)

FECHA DE NACIMIENTO: (2)

ESTADO CIVIL: (3)

R.F.C.: (4)

CURP: (5)

DOMICILIO: (6)

C.P.: (6)

CIUDAD O ENTIDAD: (6)

TELÉFONO: (7)

2.- DATOS LABORALES

DEPENDENCIA: (1) **H. CÁMARA DE DIPUTADOS**

UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: (2)

CLAVE PRESUPUESTAL: (3) **00001**

NIVEL: (4)

DIRECCIÓN: **AV. CONGRESO DE LA UNIÓN No. 66 COL. DEL PARQUE**

C.P.: **15960**

CIUDAD O ENTIDAD: **MÉXICO D.F. DEL. VENUSTIANO CARRANZA**

TELÉFONO: (5)

3.- BENEFICIARIOS

Señalar al (los) beneficiario(s), para el caso de fallecimiento.

Si se designan a menor(es) de edad, indicar la fecha de nacimiento.

APELLIDOS Y NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO

(1)

(2)

(3)

Durante la minoría de edad, páguese a:

APELLIDOS Y NOMBRE(S): (4)

PARENTESCO CON EL ASEGURADO: (5)

El beneficio otorgado se respetará con las especificaciones hechas por el asegurado.

El cambio de beneficiario(s) se podrá hacer en cualquier tiempo mediante un escrito

Otorgo mi conformidad para participar en el Fondo de Ahorro Capitalizable para los efectos a que haya lugar.

(6)

FECHA DE ELABORACIÓN

(7)

FIRMA DEL TRABAJADOR