

**MUTUALISTA ESTATAL DEL PERSONAL ACADÉMICO DE LA U.V.
F. E. S. A. P. A. U. V.**

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

EL QUE SUSCRIBE

(NOMBRE DEL TRABAJADOR ACADÉMICO)

Nº DE PERSONAL

CVE. Z.	CVE. DEPCIA	CVE. T.C.
1		

PUESTO Y CATEGORIA

DEPENDENCIA

En cumplimiento al acuerdo tomado por la XXXIV Asamblea Estatal Extraordinaria, de fecha 26 de Junio de 1992, en la ciudad de Orizaba dispongo; que a mi fallecimiento se distribuya el monto de la cantidad de dinero a la que tengo derecho por pertenecer a esta Sociedad MUTUALISTA, de la siguiente manera:
(Nombrando albacea cuando él ó los beneficiarios sean menores de dieciocho años).

BENEFICIARIO	DOMICILIO	LUGAR DE ORIGEN	FECHA DE NAC.	ESTADO CIVIL	PROPC(%)
ALBACEA:					

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Xalapa, Ver. a _____ de _____ del 20 ____

FIRMA DEL INTERESADO

PARA SER EFECTIVA LA DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS,
DEBERÁ ESTAR DEBIDAMENTE REQUISITADA Y CERTIFICADA
COMO LO DISPONE LA REGLAMENTACIÓN DE LA MUTUALISTA

AUTORIDAD QUE CERTIFICA

TESTIGO

TESTIGO