

**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**