



**SOLICITUD DE ACLARACION DEL CRÉDITO FONACOT**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Datos de la persona afectada**

1. Expongo bajo protesta de decir la verdad, lo siguiente:

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (en caso de proporcionar uno, acepta recibir por este medio las notificaciones relacionadas con su aclaración) \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

2. Tipo de producto:

Tarjeta FONACOT, (llenar a partir del punto 2)  Efectivo o convencional (requisitar a partir del punto 4)

3. Tarjeta número: \_\_\_\_\_ en la que se presentan movimientos que no reconozco.

Dueño de la Tarjeta. Sí  No

**Espacio exclusivo para la oficina FONACOT**

No. de registro asociado con la aclaración: \_\_\_\_\_ No. total de créditos en aclaración: \_\_\_\_\_

Total del monto de los créditos en aclaración: \_\_\_\_\_

Oficina del Instituto FONACOT: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien recibe la solicitud: \_\_\_\_\_

El Instituto FONACOT con esta carta certifica haber recibido la solicitud de aclaración. Sello de sucursal

No.	No. DE CRÉDITO	FECHA DE AUTORIZACIÓN	CAPITAL EJERCIDO
I			
II			
III			

**Nota: De requerir mayor espacio favor de relacionar los movimientos faltantes en hoja adicional, asentando nombre y firma.**

4. Adjuntar copias legibles, cotejadas y selladas por la oficina contra su original, para apoyar la investigación:

Marque con "X"

<b>Identificación oficial vigente con fotografía y firma:</b> Credencial de elector o Pasaporte.	<input type="checkbox"/>
<b>Recibos de nómina donde consten descuentos por concepto de crédito FONACOT.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>En su caso, copia legible de la tarjeta.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>En su caso, denuncia o querrela presentada ante la autoridad competente.</b>	<input type="checkbox"/>

5. Favor de describir a detalle el motivo de la aclaración (obligatorio):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Todo lo anterior lo declaro, manifestando en el presente acto que conozco las penas en que incurro si lo antes dicho es falso ante la autoridad distinta de la judicial.

En caso de ser necesario, me comprometo a realizar las pruebas biométricas de los controles de seguridad con los que cuenta el Instituto

_____ Nombre completo de la persona afectada	_____ Firma
-------------------------------------------------	----------------