**SOLICITUD DE REEMBOLSO A TRABAJADORES**

**Instituto FONACOT**

**PRESENTE.**

**Lugar y Fecha:** **,** **a** **de** **de 20****.**

Por medio de la presente, solicitó el reembolso de la(s) cantidad(es) retenida(s) y pagada(s) de más.

El Centro de Trabajo al que pertenezco es:  .

(Nombre del Centro de Trabajo)

  , siendo el importe a reembolsar por la cantidad de:

|  |  |
| --- | --- |
| $ | ( ) |
| (Número) | (Importe con letra) |

Correspondiente a nombre de:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |

Con No. de Crédito    y No. de Cliente   .

Acepto de antemano el tiempo que resulte del presente trámite, para lo cual proporciono los siguientes números telefónicos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Casa | Oficina | Celular |

**Atentamente**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre y firma del trabajador | Nombre y firma de quien recibe  Instituto FONACOT |

**Autorizó:**

Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza y/o Coordinador de Cobranza