



SOLICITUD CAMBIO DE DIRECCIÓN

Participante Pensionado Beneficiario

Fecha de solicitud (día/mes/año)

SECCIÓN I. DATOS RELACIONADOS CON EL SOLICITANTE

Nombre _____ Inicial _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
 Seg. Social _____ 921- _____ Núm. Pensionado _____ Teléfono Residencial _____ Teléfono Celular _____ Correo Electrónico _____

Dirección Postal Actual

Urbanización, Condomino o Barrio _____
 P O Box, Número y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato _____
 Pueblo, País y Código Postal _____

Dirección Postal Anterior

Urbanización, Condomino o Barrio _____
 PO Box, Número y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato _____
 Pueblo, País y Código Postal _____

Firma del Solicitante _____ Nombre del Tutor (Si aplica) _____
 Correo Electrónico del Tutor _____ Firma del Tutor _____

SECCIÓN II. PARA SER COMPLETADO POR EL SISTEMA DE RETIRO PARA MAESTROS (SRM)

Recibido por:

Firma _____
 Nombre en Letra de Molde _____
 Puesto que Ocupa _____
 Fecha (Día/Mes/Año) _____

Ingresado al Sistema por:

Firma _____
 Nombre en Letra de Molde _____
 Puesto que Ocupa _____
 Fecha (Día/Mes/Año) _____