



AUTORIZACION DE APORTE ADICIONAL DE CESANTIA

Lugar y Fecha: _____

Yo, _____, con cédula de identidad N° _____,
Docente con nombramiento de la Facultad de _____
de la ESPOCH, en conocimiento de mis derechos y obligaciones en mi calidad de
partícipe del FCPC-DESPOCH, **AUTORIZO** para que en función a lo dispuesto
artículo 19 inciso 2 del Estatuto vigente, se me descuenta mensualmente el ____%
de mi sueldo unificado por concepto de **Aporte Adicional** por el lapso de un año
renovable a partir de la firma de la presente autorización.

FIRMA DEL PARTÍCIPE