Xalapa-Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, a _____ de _____ de _____

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
AVAL SOLIDARIO
CONVENIO ÓPTICA STUV**

**L.C. ROSA AIDÉ VILLALOBOS BETANCOURT
DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
P R E S E N T E.**

El/la que suscribe, C. _____, EN MI CARÁCTER DE TRABAJADOR/A DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA, con número de personal _____, adscrito/a a la Dependencia _____, con la presentación de mis respetos y como mejor proceda en Derecho me permito libremente expresar que **acepto las responsabilidades como aval solidario** del/la trabajador/a C. _____, con número de personal _____ quien ha de gozar del crédito expedido por las empresas aliadas por el Convenio Óptica STUV, por la cantidad que respalda la Solicitud de Autorización de Descuento del trabajador, foliada con el número _____, de fecha _____, por lo que de manera afirmativa solicito se me realice el descuento correspondiente en caso de incumplimiento de pago por falta de solvencia económica, despido o separación del puesto del trabajador antes mencionado para el cual, me solidarizo como aval.

Sin otro particular, le envío un cordial y afectuoso saludo esperando una respuesta favorable a mí petición.

**“PROTESTO LO NECESARIO”
A T E N T A M E N T E**

C. _____
(Nombre y firma autógrafa del Trabajador)

C.c.p.- Mtra. Evangelina Murcia Villagómez o quien ocupe el cargo de Director de Nóminas de la Universidad Veracruzana.- Para su conocimiento y efectos.

C.c.p.- L.D. Jacobo III Reséndiz Pelayo.- Secretario General del STUV.- Mismo fin.

C.c.p.- Archivo.