

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Agencia

Dirección

CANCELACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Yo, _____, solicito se cancele mi Autorización de Depósito Directo por la siguiente razón:

- Cambio de Institución Financiera
- Renuncia
- Separación del Servicio

Número de Seguro Social : _____

Nombre de la Institución Financiera: _____

Sucursal : _____

Número de Cuenta Bancaria : _____

Número de Teléfono o Extensión : _____

Firma del Empleado

PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Fecha en que cesará: _____

Nombre y Firma del Director de Personal
o su representante autorizado

Fecha