



SOLICITUD DE ESTÍMULOS PARA EL PERSONAL DE
APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN
PROMOCIÓN 2018

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR: FOLIO: _____

Favor anotar su nombre utilizando para ello mayúsculas y minúsculas con acentos a fin de emitir el diploma apropiadamente.

NOMBRE: _____
(Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Nombre (s))

FILIACIÓN:

CURP:

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____
(Calle y No.) (Colonia o Población) (Municipio)

(Entidad Federativa) (Código Postal) (Clave LADA) (Teléfono) (Teléfono Celular)

CENTRO DE TRABAJO: _____
(Clave del área de adscripción) (Nombre del área)

(Calle y No.) (Colonia) (Población) (Entidad federativa) (Teléfono) (Ext)

PLAZA Y DENOMINACIÓN QUE OSTENTA ACTUALMENTE:

SERVICIO REGIONAL AL QUE PERTENECE: ACTOPAN () ATLAPEXCO () HUEJUTLA ()
IXMIQUILPAN () JACALA () MOLANGO () PACHUCA () TENANGO DE DORIA ()
TLAXCOAPAN () TULA () TULANCINGO () ZACUALTIPÁN ()

PREMIO SOLICITADO: () 10 AÑOS () 15 AÑOS () 20 AÑOS () 25 AÑOS
() 30 AÑOS () 35 AÑOS () 40 AÑOS () 45 AÑOS () 50 AÑOS

FECHA DE INGRESO: _____
(Día) (Mes) (Año)

CÓMPUTO DE TIEMPO EFECTIVO DE SERVICIO

ADSCRIPCIÓN		INICIO			TÉRMINO		
C.C.T.	Nombre del Centro de Trabajo, Localidad, Municipio y Estado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TÉRMINO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

PREJUBILATORIO A PARTIR DE: _____ JUBILADO(A) A PARTIR DE: _____

Por medio del presente hago mención que (si/no) ____ se aplican descuentos a mis ingresos por concepto de **pensión alimenticia**, a favor de _____, con un porcentaje de _____% Firma: _____ Tel. _____

En caso de que se me otorgara dicho premio y de que falleciese antes de recibirlo, designo como beneficiario(s) para que lo reciba(n) a : _____ Firma: _____ Tel. _____

Por este conducto solicito el premio señalado; manifestando que conozco los requisitos para su otorgamiento, que no lo he recibido con anterioridad, declarando bajo protesta de decir verdad que los datos asentados son ciertos.

SOLICITANTE	SELLO DE LA DEPENDENCIA
Nombre: _____ Lugar: _____ Fecha: _____ Firma: _____	

NOTA IMPORTANTE: ESTA SOLICITUD QUEDA SUJETA A SU ANÁLISIS, REVISIÓN, VALIDACIÓN Y DICTAMINACIÓN.