

SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN

SECCION XXII

ARMENTA Y LOPEZ No. 221, CENTRO

OAXACA, OAX.



TELS. (951) 6 72 62 26

SOLICITUD PARA OBTENER EL ESTÍMULO PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN 2024

FOLIO:

ESTÍMULO:

DELEGACIÓN SINDICAL: _____ SECTOR SINDICAL: _____

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

RFN:	<input type="text"/>	FECHA DE INGRESO:	<input type="text"/>
CURP:	<input type="text"/>	REGIÓN:	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>		
	APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO	NOMBRES(S)
DOMICILIO PARTICULAR:	<input type="text"/>		
	CALLE Y NÚMERO	COLONIA O POBLACIÓN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
			CORREO ELECTRÓNICO
			TEL. FIJO O CELULAR
CENTRO DE TRABAJO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	CLAVE C.T.	NOMBRE C.T.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	CALLE Y NÚMERO	COLONIA O POBLACIÓN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL
			CORREO ELECTRÓNICO
			TEL. FIJO O CELULAR
PLAZA(S) O PUESTO(S) QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE			
	CLAVE PRESUPUESTAL	FUNCIÓN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PENSIÓN ALIMENTICIA SI () NO ()			
EN CASO DE SER ACREDOR AL RECONOCIMIENTO Y LLEGASE A FALLECER ANTES DEL COBRO, DESIGNO COMO BENEFICIARIO(S) A:			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PORCENTAJE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
JUBILADO(A) SI () NO () EN TRÁMITE A PARTIR DE:			
LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO SI () NO () PERIODO(S)			

POR ESTE CONDUCTO SOLICITO EL PREMIO SEÑALADO ANTERIORMENTE: MANIFESTANDO QUE TENGO CONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SU OTORGAMIENTO, DECLARANDO BAJO PROTESTA EL NO HABER RECIBIDO CON ANTERIORIDAD DICHO PREMIO Y VERACIDAD DE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD; YA QUE, AL FALSEAR INFORMACIÓN, INCURRO EN UN DELITO.

SELLO

SOLICITANTE	DICTAMINADOR
NOMBRE _____	
LUGAR _____	RUBRICA
FECHA _____	
FIRMA _____	