

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 2025

DELEGACIÓN SINDICAL: _____ SECTOR SINDICAL: _____

FOLIO: ESTÍMULO:

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

RFC: <input type="text"/>	FECHA DE INGRESO: _____			
CURP: <input type="text"/>	REGIÓN: _____			
NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES(S): _____				
DOMICILIO PARTICULAR: _____ CALLE Y NÚMERO: _____ COLONIA O POBLACIÓN: _____				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	TEL. FIJO O CELULAR
CENTRO DE TRABAJO: _____ CLAVE C.T.: _____ NOMBRE C.T.: _____		_____		
CALLE Y NÚMERO: _____ COLONIA O POBLACIÓN: _____		_____		
<input type="text"/>	<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"/>	
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.

SOLICITANTE NOMBRE _____ LUGAR _____ FECHA _____ FIRMA _____	DICTAMINADOR RUBRICA
---	---

SELLO
