

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO O GRATIFICACIÓN

**C. DIRECTOR GENERAL DE SEIEM
P R E S E N T E**

Por este medio someto a su consideración la siguiente solicitud por el concepto que a continuación se describe:

I. DATOS DE LA SOLICITUD		
LUGAR:	FECHA:	PROMOCIÓN: 2010

II. PLIEGO DE DEMANDAS			
PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO <input type="checkbox"/>	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	SECCIÓN 17 <input type="checkbox"/>	SECCIÓN 36 <input type="checkbox"/>

III. RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO O GRATIFICACIÓN QUE SE SOLICITA			
<input type="checkbox"/> Rafael Ramírez ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Gratificación de 25 A 30 Años de Servicio ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Mejoramiento Escolar / Desempeño ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Puntualidad y Asistencia ⁽⁴⁾
<input type="checkbox"/> Becas Para Hijos con Capacidades Diferentes ⁽⁵⁾	<input checked="" type="checkbox"/> Antigüedad en el Servicio ⁽⁶⁾		

IV. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR (Llenar con mayúsculas y minúsculas legible, así como acentuación)				
NOMBRE:				
_____	_____	_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	FILIACIÓN	CURP
DOMICILIO PARTICULAR:				
_____	_____	_____	_____	_____
CALLE Y No.	COLONIA	C.P.		_____
_____	_____	_____	_____	_____
POBLACIÓN	MUNICIPIO	ESTADO	TELÉFONO	

V. DATOS LABORALES				
ADSCRIPCIÓN:				
CENTRO DE TRABAJO:				
_____	_____	_____	_____	_____
C.C.T.	ZONA ESCOLAR	DOMICILIO		
_____	_____	_____	_____	_____
POBLACIÓN	MUNICIPIO	ESTADO	TELÉFONO	
FECHA DE INGRESO A LA SEP: _____	Estímulo de Antigüedad que solicita: (10) (15) (20) (25) (30) (35) (40) (45) (50)			
PUESTO: _____	CLAVE DE PLAZA (S): _____			
JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SI () NO ()	FECHA TÉRMINO PREJUBILATORIO: _____			

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca para Hijos con Capacidades Diferentes)				
_____	_____	_____	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
EN CASO DE ESTUDIAR, INDIQUE EL GRADO O SEMESTRE QUE CURSA:				
_____	_____	_____	_____	_____
PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIA SUPERIOR	SUPERIOR	ESPECIAL
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE ESTUDIA, EN SU CASO: _____				
ESPECIFICAR LA CAPACIDAD DIFERENTE: _____				
INSTITUCIÓN OFICIAL DE SALUD QUE EMITE EL DICTAMEN: _____				
REQUIERE DE LENTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REQUIERE DE APARATO ORTOPÉDICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE: _____		

VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGÚN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)				
* Fotocopia del último talón de pago <input type="checkbox"/> 1,2,3,6	* Fotocopia de Acta de Nacimiento o CURP <input type="checkbox"/> 1,2,3,5,6	* Firma Solicitud el Representante Sindical <input type="checkbox"/> 3,4,5		
* Validación de Antigüedad (Original) <input type="checkbox"/> 1,2,3,4,5,6	* Fotocopia de (FUP) 48 y Constancia de Nivel <input type="checkbox"/> 6	* Firma Solicitud el Titular del C.C.T. <input type="checkbox"/> 3,4,5		
* Identificación oficial vigente en copia <input type="checkbox"/> 1,2,3,4,5,6	* Fotocopia de (HUS) y (FUP) 33 <input type="checkbox"/> 6	* Firma Solicitud el interesado <input type="checkbox"/> 1,2,3,4,5,6		

VIII. Por este conducto solicito el reconocimiento, estímulo o gratificación señalada, manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento, y que en caso de ser autorizado el pago correspondiente y que falleciese antes de recibirlo, señalo como beneficiario(s) para que lo reciba(n) a: (No aplica para Puntualidad) _____

IX. REPRESENTANTE SINDICAL

X. TITULAR DEL C.C.T.

XI. INTERESADO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

FIRMA

