

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 checked="" type="checkbox"/>	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>	SECCIÓN 17 <input type="checkbox"/>	SECCIÓN 36 <input type="checkbox"/>

III. RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO O GRATIFICACIÓN QUE SE SOLICITA			
<input checked="" 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 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:		CLAVE DE PLAZA (S):		
PUESTO:		FECHA TÉRMINO PREJUBILATORIO:		
JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SI () NO ()				

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca para Hijos con Capacidades Diferentes)				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/> 1,2,3,5,6	* Firma Solicitud el Representante Sindical	<input type="checkbox"/> 3,4,5
* Validación de Antigüedad	<input type="checkbox"/> 1,2,3,4,5,6	* Dictamen Médico Original del ISSSTE	<input type="checkbox"/> 5	* 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	* Propuesta Escrita de Jefe Inmediato Superior	<input type="checkbox"/> 3,4	* 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

