



SOLICITUD PARA OBTENER LA CONDECORACIÓN "MAESTRO ALTAMIRANO" 2012

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR:

Favor de utilizar mayúsculas y minúsculas acentuadas sin abreviaturas.
Como usted lo anote, se emitirá cheque y diploma en caso de ser procedente.

NOMBRE: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre (s))

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

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Clave LADA) (Teléfono)

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

(Calle y No.) (Colonia o Población)

FILIACIÓN:

CURP:

(INDISPENSABLE ANEXAR COPIA DE CURP)

PLAZA(S) O PUESTO(S) QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

<i>Clave</i>	<i>Denominación</i>	<i>Adscripción</i>

**FECHA DE INGRESO AL GOBIERNO FEDERAL,
ESTATAL, MUNICIPAL O INSTITUCIÓN PARTICULAR.**

(Año) (Mes) (Día)

CÓMPUTO DE TIEMPO EFECTIVO DE SERVICIO

ADSCRIPCIÓN	INICIO			TÉRMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
TOTAL									

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TÉRMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
TOTAL									

JUBILADO NO <input type="radio"/>	JUBILADO SI <input type="radio"/>	A PARTIR DE: _____
JUBILACIÓN EN TRAMITE <input type="radio"/>	A PARTIR DE: _____	

INCORPORADO A ALGÚN PROGRAMA DE RETIRO VOLUNTARIO	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA : _____		
A PARTIR DE : _____		

Por este conducto solicito el premio señalado; manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento, que no lo he recibido con anterioridad y que (si/no) _____ se aplican descuentos a mis ingresos por concepto pensión alimenticia, a favor de _____ % _____ Tel. _____

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

(Para garantizar la información registrada, por favor firme al final del último nombre escrito)

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados son ciertos.

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

Esta solicitud es gratuita y deberá llenarla el trabajador por triplicado, distribuyéndose un tanto para el Interesado, el segundo para el área de adscripción y el tercero para la Dirección de Relaciones Laborales de la S.E.P. Federal, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la convocatoria respectiva.