ASUNTO: Renuncia al 5 de Octubre y Adhesión al S.E.T.S.E.

C. SECRETARIO DE EDUCACIÓN
DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ
P R E S E N T E.

El suscrito trabajador en el ramo educativo dependiente del Gobierno del Estado de Veracruz, con base en los derechos que le concede el Artículo 9º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por su propia voluntad, hace de su conocimiento que a partir de esta fecha ***RENUNCIA*** al Sindicato 5 de Octubre () y comunica su **ADHESION** al Sindicato Estatal de Trabajadores al Servicio de la Educación (S.E.T.S.E.), por lo que ***solicita atentamente la cancelación del descuento de la clave 137 y la aplicación inmediata de la clave 26*** en las claves administrativas que se señalan . Para tal efecto, proporciona los siguientes datos:

1. NOMBRE : _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

2. DIRECCIÓN : _____
CALLE No. COLONIA O UNIDAD HABITACIONAL

_____
LOCALIDAD MUNICIPIO TELÉFONO

3. CORREO ELECTRÓNICO : _____

4. No DE PERSONAL: _____ **5. R.F.C.:** _____

6. CODIFICACIÓN: _____

7. DATOS DE PLAZA(S)

A) Nivel Educativo: Administrativo ( ) Bachillerato ( ) Educ. Especial ( ) Educ. Física ( ) Normal ( )
Preescolar ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Telebachillerato ( ) Telesecundaria ( ) UPV ( )
Número de Plaza : _____
Categoría: _____
Centro de trabajo: _____
NOMBRE TELÉFONO

_____
DIRECCIÓN LOCALIDAD MUNICIPIO
Zona Escolar: _____ _____
No NOMBRE
Delegación Sindical
S.E.T.S.E.: _____ _____
No NOMBRE

B) Nivel Educativo: Administrativo ( ) Bachillerato ( ) Educ. Especial ( ) Educ. Física ( ) Normal ( )
Preescolar ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Telebachillerato ( ) Telesecundaria ( ) UPV ( )
Número de Plaza : _____
Categoría: _____
Centro de trabajo: _____
NOMBRE TELÉFONO

_____
DIRECCIÓN LOCALIDAD MUNICIPIO
Zona Escolar: _____ _____
No NOMBRE
Delegación Sindical
S.E.T.S.E.: _____ _____
No NOMBRE

8. **DOCUMENTOS:** favor de anexar en fotocopias legibles los documentos siguientes:
INE, CURP Y FORMATO DE MOVIMIENTO.

A T E N T A M E N T E
Xalapa-Equez. Ver., _____ de _____ de 20 _____

_____ _____
NOMBRE (CON TINTA AZUL) **FIRMA (CON TINTA AZUL)**

C.c.p. El C. Jefe del Depto. de Recursos Humanos de la S.E.V. Para su conocimiento y efectos.
C.c.p. El C. Jefe del Depto. de Nóminas de la Sría. de Finanzas y Planeación. Para que proceda a la aplicación de la clave 26.
C.c.p. El C. Srio. Gral. del S.E.T.S.E. Para su conocimiento y efecto de ingreso al Sindicato.
C.c.p. El C. Srio. Gral. de la Delegación_____del S.E.T.S.E. Para su conocimiento y efectos.