

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO:

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TERMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
TOTAL									

<p>JUBILADO:</p> <p><input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p>	<p>A PARTIR DE: _____</p>
---	----------------------------------

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

con un porcentaje de _____ %, Tel. _____

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

_____ Tel. _____

(Para validar la información Registrada, por favor firme al final del último beneficiario designado.)

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

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

Esta solicitud es gratuita y deberá llenarla el trabajador por duplicado.

Nota. - Para consultar la lista de ACEPTADOS, Favor de comunicarse al Tel. 429-13-35 Ext. 13041.