

SOLICITUD DE PREMIO MEDALLA "MAESTRO RAFAEL RAMÍREZ"

**Por 30 AÑOS DE SERVICIO DOCENTE
efectivos prestados a la Secretaría de Educación Pública.**

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR(A):

RFC:

CURP:

CLABE Interbancaria:

NOMBRE: _____

Apellido Paterno
Apellido Materno
Nombre(s)

Correo electrónico: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

(Calle y No.)
(Colonia o Población)

(Delegación o Municipio)
(Entidad Federativa)
(Tel. Particular)
(Celular)
(Celular otro)

CENTRO DE TRABAJO: _____
(Nombre del centro de Trabajo)

(Calle y No.)
(Colonia o Población)
(Municipio)
(Clave Lada) (Teléfono) (Ext.)

PLAZAS QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

| Clave presupuestal | Funciones | Clave del Centro de Trabajo |
|--------------------|-----------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FECHA DE INGRESO A LA SEP:

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
| | | |

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO:

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

| | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| JUBILADO: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | A PARTIR DE: | <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | Día | Mes | Año | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | |
| | | | | | | | | |

PENSIÓN ALIMENTICIA

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

con un porcentaje de _____ %, Tel. _____

BENEFICIARIO

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

_____ (Anotar el nombre completo del beneficiario, sin abreviaturas y favor de firmar el solicitante después del nombre del beneficiario)

_____ Tel. del beneficiario: _____

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

Así mismo acepto que la recepción de mi solicitud quedará a consideración de la autoridad dictaminadora, no garantizando el otorgamiento de dicho premio y sin responsabilidad para Servicios Educativos del Estado de Chihuahua.

| 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, con letra de molde legible en tinta color azul.

Nota: Para consultar la lista de aceptados, consultas o aclaraciones estamos a sus órdenes en el Tel. (614) 429-13-35 ext 13041