



LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

SI ( )

NO ( )

DETALLE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TÉRMINO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(DE SER INSUFICIENTE ESTE ESPACIO, FAVOR DE UTILIZAR HOJAS ANEXAS.)

Bajo Protesta de decir verdad, manifiesto que si ( ) no ( ) tengo gravado mi salario por concepto de pensión alimenticia el cual detallo a continuación:

Nombre de pensionados	%	Indispensable anotar No. de Teléfono o Celular

Por este conducto solicito el premio señalado; manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento, que no lo he recibido con anterioridad, **En caso de que se autorice dicho premio y de que falleciese antes de recibirlo, designo como beneficiario a:** \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

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

**Firma del solicitante**

**Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en el presente documento son ciertos.**

PREJUBILACIÓN EN TRÁMITE A PARTIR DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

JUBILADO NO \_\_\_ SÍ \_\_\_ A PARTIR DE: \_\_\_\_\_

ESTA SOLICITUD ES GRATUITA Y DEBERÁ LLENARLA Y FIRMARLA EL TRABAJADOR, ANEXANDO LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL ANVERSO DE LA PRESENTE, CONSERVANDO UNA COPIA CON EL SELLO DE LA DEPENDENCIA QUE RECEPCIONA, COMO ACUSE DE RECIBO, CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE EL RESULTADO DE SU GESTIÓN, DEBERÁ HACERLA DIRECTAMENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

**D O C E N T E**

FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN EN EL DEPTO. DE ARCHIVO DE LA SETAB

**31 DE ENERO DE 2022**

**NO SE RECIBIRÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS, ADEMÁS, ESTARÁ SUJETA A REVISIÓN, ANÁLISIS Y APROBACIÓN CONFORME A LA CONVOCATORIA VIGENTE**

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

Para cualquier aclaración, es necesario anotar TELÉFONO DE SU JEFE INMEDIATO \_\_\_\_\_