

**SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE PREMIOS, ESTÍMULOS Y RECOMPENSAS AL PERSONAL DOCENTE, Y PARA EL PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN**

UTILIZAR TINTA AZUL

**PROMOCIÓN 2024-2025**      LLENAR A MANO CON LETRA LEGIBLE Y DE MOLDE      ANVERSO

FECHA: DÍA / MES / AÑO 2024	ESTÍMULO SOLICITADO: <input style="width:50px;" type="text"/>	AÑOS
RAMA: DOCENTE <input style="width:50px;" type="text"/>	APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN <input style="width:50px;" type="text"/>	
FILIACIÓN: (RFC)		CURP:
NOMBRE:		
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRE(S)</small>
DOMICILIO PARTICULAR:		
<small>CALLE Y NÚMERO</small>		<small>TELÉFONO</small>
<small>COLONIA O FRACCIONAMIENTO</small>		<small>CÓDIGO POSTAL</small>
<small>POBLACIÓN</small>	<small>MUNICIPIO</small>	
<b>DATOS LABORALES</b>		
CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO:		
NOMBRE DEL C. DE T.:		
DOMICILIO DEL C. DE T.:		
<small>CALLE Y NÚMERO</small>		<small>TELÉFONO</small>
<small>COLONIA O FRACCIONAMIENTO</small>		<small>CÓDIGO POSTAL</small>
<small>POBLACIÓN</small>	<small>MUNICIPIO</small>	
INGRESO A LA SEP:	DÍA:	MES: AÑO:
FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA:		
CLAVE(S) DE PLAZA (S):		
<b>UNIDAD DISTRIBUIDORA DE PAGO: (ENTREGAR EN LA UNIDAD DISTRIBUIDORA QUE LE CORRESPONDA, SEGÚN TALÓN DE PAGO)</b>		
DURANGO <input type="checkbox"/>	RODEO <input type="checkbox"/>	PUEBLO NUEVO <input type="checkbox"/>
SANTIAGO PAPASQUIARO <input type="checkbox"/>	GÓMEZ PALACIO <input type="checkbox"/>	
TAMAZULA <input type="checkbox"/>	MEZQUITAL <input type="checkbox"/>	GUADALUPE VICTORIA <input type="checkbox"/>
SANTA MARÍA DEL ORO <input type="checkbox"/>	VICENTE GUERRERO <input type="checkbox"/>	
JUBILACIÓN EN TRÁMITE: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A PARTIR DE LA FECHA: DÍA: MES: AÑO:		

FAVOR DE ANOTAR TODAS LAS LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO ASÍ COMO LOS PERIODOS NO LABORADOS QUE HAYA TENIDO, SIN EXCEPCIÓN.

LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO Y/O PERIODOS NO LABORADOS									
TIPO DE LICENCIA	INICIO			TÉRMINO			CÓMPUTO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS
<b>TOTAL:</b>									

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO**

EN CASO DE QUE SE ME OTORGARA EL RECONOCIMIENTO Y DE QUE FALLECIERE ANTES DE RECIBIRLO, DESIGNO COMO BENEFICIARIOS A LAS SIGUIENTES PERSONAS CON LOS PORCENTAJES Y DATOS PARA SU LOCALIZACIÓN SIGUIENTES, LOS CUALES CERTIFICO MEDIANTE MI FIRMA.

**OBSERVACIÓN:** QUE SEAN MAYORES DE EDAD, EN CASO DE NO SER ASÍ, DESIGNAR UN ALBACEA

NOMBRE	PORCENTAJE	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA

POR ESTE CONDUCTO SOLICITO EL RECONOCIMIENTO SEÑALADO; MANIFESTANDO QUE CONOZCO LOS REQUISITOS PARA SU OTORGAMIENTO Y QUE NO LO HE RECIBIDO CON ANTERIORIDAD, DECLARANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS SON CIERTOS.

SOLICITANTE	ACUSE DE RECIBIDO	SELLO DE LA DEPENDENCIA
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	
LUGAR: _____	LUGAR: _____	
FECHA: _____	FECHA: _____	
FIRMA: _____	FIRMA: _____	

SE LES SOLICITA A LAS PERSONAS INTERESADAS EN RECIBIR ESTE RECONOCIMIENTO DARLE SEGUIMIENTO AL TRÁMITE; PARA LOS Y LAS DOCENTES, LA INFORMACIÓN SE PROPORCIONARÁ EN EL MES DE MARZO Y PARA EL PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN, SERÁ EN EL MES DE JUNIO, EN CASO DE NO HACERLO, SE DARÁ POR ENTENDIDO QUE ESTÁ DE ACUERDO CON EL RESULTADO CUALQUIERA QUE ÉSTE HAYA SIDO.