



SOLICITUD DE PREMIOS AL PERSONAL DOCENTE 2007

PREMIO SOLICITADO:

- ☐ " MAESTRO RAFAEL RAMÍREZ " por 30 años de servicios docentes efectivos prestados a la Secretaría de Educación Pública.
- ☐ " MAESTRO ALTAMIRANO " por 40 o más años de servicios docentes efectivos.

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR:

Favor de utilizar mayúsculas y minúsculas acentuadas sin abreviaturas.
Como usted lo anote, se emitirá cheque y diploma en caso de ser procedente.

NOMBRE: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre (s))

DOMICILIO PARTICULAR: _____
(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Teléfono)

CENTRO DE TRABAJO: _____
(Clave del área de adscripción) (Nombre)

(Calle y No.) (Colonia o Población)

FILIACIÓN:

--	--	--	--

--	--

--	--

--	--

--	--	--

CURP:

--	--	--	--

--	--

--	--

--	--

--	--	--

--	--	--	--

(INDISPENSABLE ANEXAR COPIA DE CURP)

PLAZA(S) O PUESTO(S) QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

Clave	Denominación	Adscripción

FECHA DE INGRESO A LA S.E.P.

(Día)

(Mes)

(Año)

**FECHA DE INGRESO AL GOBIERNO FEDERAL,
ESTATAL, MUNICIPAL O INSTITUCIÓN PARTICULAR.**

(Día)

(Mes)

(Año)

CÓMPUTO DE TIEMPO EFECTIVO DE SERVICIO

ADSCRIPCIÓN	INICIO			TÉRMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
TOTAL									

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TÉRMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
TOTAL									

JUBILADO NO ☐ JUBILADO SI ☐ A PARTIR DE: _____

JUBILACIÓN EN TRAMITE ☐ A PARTIR DE : _____

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

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

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

Declaro bajo protesta de decir 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 triplicado, distribuyéndose un tanto para el Interesado, el segundo para el área de adscripción y el tercero para la Dirección de Relaciones Laborales de la S.E.P. Federal, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la convocatoria respectiva.