



**CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO:**

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TERMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
<b>TOTAL</b>									

**JUBILADO:**  
 NO       SI

**A PARTIR DE:** \_\_\_\_\_

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: <u>15 Enero 2020</u> 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.**