



SOLICITUD DE PREMIO

PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO



SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN
Y DEPORTE



2021

SOLICITUD DE:

Premio Nacional de Antigüedad en el Servicio Público

25
AÑOS

30
AÑOS

40
AÑOS

50
AÑOS

FILIACIÓN:

CURP:

CLABE:

Correo electrónico: _____

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR(A):

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

DOMICILIO PARTICULAR: _____

(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Tel. Particular) (Celular 1) (Celular 2)

CENTRO DE TRABAJO: _____

(Clave del Centro de Trabajo) (Nombre)

(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)

FOLIO:

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO:

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

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.**