

Ciudad de México, a ___ de ___(1)_____de 20____

_____(7)_____
Subdirector de Prestaciones
P r e s e n t e

Por este medio el (la) que suscribe _____(2)_____
adscrito (a) al _____(3)_____
me permito solicitar a usted sea validada o anexada a mi antigüedad, los
períodos de cotización de las siguientes instituciones: _____(4)_____

Para ello, anexo al presente las hojas únicas de servicio correspondientes.

ATENTAMENTE

_____(5)_____

Teléfono

_____(6)_____



DESCRIPCIÓN DEL LLENADO

No. DE CONCEPTO

SE DEBE ANOTAR

- | | |
|----------------------------------|--|
| (1) Fecha: | El día, mes y año en que se elabora la solicitud. |
| (2) Nombre: | Nombre completo del servidor público solicitante. |
| (3) Adscrito(a) a: | El área de adscripción del trabajador. |
| (4) Instituciones: | Nombre de las instituciones donde laboró el trabajador |
| (5) Atentamente: | Nombre y firma del servidor público solicitante. |
| (6) Teléfono: | Número telefónico del servidor público. |
| (7) Subdirector de Prestaciones: | Nombre del titular del área a quien va dirigida la solicitud de apoyo. |