DIRECCIÓN EJECUTIVA DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE RELACIONES LABORALES Y PRESTACIONES
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES

Sello

SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN AL PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO 2020

Fecha: Día_____ Mes _____ de 2020 **No. De Folio: _____**

DATOS DE LA O EL SOLICITANTE

Número de empleado: _____ **Nivel:**_____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Título o nivel máximo de estudios: _____

Descripción del puesto: _____

Área de adscripción o área donde se encuentra comisionada(o): _____

Teléfonos de: Oficina: _____ **Ext.:** _____ **Casa:** _____ **Celular:** _____

Jornada laboral: ◯ LUN ◯ MAR ◯ MIE ◯ JUE ◯ VIE ◯ SAB ◯ DOM ◯ FEST **Horario:** ◯ Matutino ◯ Vespertino ◯ Mixto

Premio que solicita: **25 años** ◯ **28 años** ◯ (Sólo mujeres) **30 años** ◯ **40 años** ◯ **50 años** ◯ **60 años** ◯

Nombre de la o el titular del área: _____

Título y nivel máximo de estudios de la o el titular: _____

DATOS LABORALES

¿Prestó sus servicios en otra dependencia?

SI ◯ **NO** ◯

IMPORTANTE: En caso de haber prestado sus servicios en otra dependencia, deberá presentar la "Hoja Única de Servicios" correspondiente.

En caso de ser afirmativo, especifíque en cual(es): **Presenta "Hoja Única de Servicios"**

1. _____ **SI** ◯ **NO** ◯
2. _____ **SI** ◯ **NO** ◯
3. _____ **SI** ◯ **NO** ◯

Manifiesto que no he recibido este premio en otra dependencia de Gobierno Federal o Local, así mismo, los datos proporcionados en esta solicitud son verídicos y susceptibles de ser corroborados, en caso contrario, autorizo a la Subdirección de Prestaciones realizar las correcciones correspondientes.	_____ **Firma de la o el solicitante**	**Sello del área** **Nombre y firma de quien recibe**

DIRECCIÓN DE RELACIONES LABORALES Y PRESTACIONES
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES

ACUSE DE INSCRIPCIÓN AL PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO 2020

Fecha: **día_____ mes_____ año 2020.** **No. De Folio:** _____

Nombre de la o el solicitante: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Premio solicitado: **25 años** ◯ **28 años** ◯ (Sólo mujeres) **30 años** ◯ **40 años** ◯ **50 años** ◯ **60 años** ◯

Estoy enterado que en caso de no cumplir con los requisitos para este premio, autorizo a la Subdirección de Prestaciones a realizar las correcciones correspondientes.	**Recibe**	**Sello del área**
_____ **Firma de la o el solicitante**	_____ **Nombre y rúbrica**	

En caso de cambio de adscripción, plaza o causar baja comunicarse al teléfono: conmutador 91 56 49 97 ext. 511747 y 511771, así como cualquier duda respecto a éste trámite.