

Sello

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

Fecha: Día _____ Mes _____ de 20____.

No. De Folio: _____

DATOS DE LA O EL SOLICITANTE

Número de empleada(o): _____ Nivel: _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Grado máximo de estudios: Licenciatura Maestría Doctorado Otros _____

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 30 años 40 años 50 años
Sólo mujeres

Nombre de la o el titular del área: _____

Grado máximo de estudios de la o el titular: Licenciatura Maestría Doctorado Otros _____

DATOS LABORALES

¿Prestó sus servicios en otra(s) dependencia(s)?

SI NO

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

En caso de ser afirmativo, especifique en cual(es):

1. _____

Presenta "Hoja Única de Servicios"

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 de la Jefatura de Unidad Departamental de Prestaciones Sociales y Económicas

Nombre y firma de quien recibe

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

Fecha: día _____ mes _____ año 20____.

No. De Folio: _____

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

Premio solicitado: 25 años 28 años 30 años 40 años 50 años
Sólo mujeres

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.

Firma de la o el solicitante

(Recibe Personal de la JUD de PSyE)

Nombre y rúbrica

Sello de la Jefatura de Unidad Departamental de Prestaciones Sociales y Económicas

En caso de cambio de adscripción, plaza o causar baja comunicarse al teléfono: conmutador 91 56 49 97 ext. 511772, así como cualquier duda respecto a éste trámite.

DRLP-16