

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES
SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA

I. DATOS DE LA SOLICITUD (Llenar en tinta azul, con mayúsculas, minúsculas y acentuado)

LUGAR: _____ FECHA: _____ PROMOCIÓN: **2019**

II. TIPO DE PERSONAL

PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN

III. RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA QUE SE SOLICITA

Rafael Ramírez (1) Gratificación de 25 a 30 Años de Servicio (2) Desempeño (3)
 Puntualidad y Asistencia (4) Becas para Hijos con Capacidades Diferentes (5) Antigüedad en el Servicio (6) Becas por Aprovechamiento (7)

IV. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

NOMBRE:
 APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____
 FILIACIÓN _____ CURP _____

DOMICILIO PARTICULAR:
 CALLE Y No. _____ COLONIA _____ C.P. _____ POBLACIÓN _____
 MUNICIPIO _____ ESTADO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO _____

V. DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN:
 NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO _____
 C.C.T. _____ ZONA ESCOLAR _____ DOMICILIO _____
 POBLACIÓN _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE INGRESO A LA SEP: _____ ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO: _____ AÑOS
 CATEGORÍA: _____ CLAVE DE PLAZA (S): _____
 JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SI NO FECHA TÉRMINO PRE JUBILATORIO: _____

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca por Aprovechamiento o con Capacidades Diferentes)

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____ SEXO: M F

Fecha de Nacimiento	R.F.C.						
	Día	Mes	Año				

DATOS DE LA ESCUELA DONDE EL ALUMNO CONCLUYÓ EL CICLO ESCOLAR 2018-2019

Nombre de la Escuela y Centro de Trabajo					Municipio

Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Medio Superior	Superior	PROMEDIO
Grado/Semestres					

Cap. Dif. ESPECIFICAR LA CAPACIDAD DIFERENTE: _____
 INSTITUCIÓN OFICIAL DE SALUD QUE EMITE DICTAMEN: _____
 REQUIERE DE LENTES SI NO REQUIERE APARATO ORTOPÉDICO SI NO ESPECIFIQUE: _____

VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGÚN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)

	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
* Validación de Antigüedad Original (Decanato)	X	X	X			X		* Constancia Laboral que especifique grado y grupo que atiende		X					
* Fotocopia del último talón de pago	X	X	X	X	X	X	X	* Propuesta Escrita de Jefe Inmediato Superior			X	X			
* Identificación oficial vigente en copia ampliada a media carta legible	X	X	X	X	X	X	X	* Firma Solicitud de Representante Sindical			X	X	X		X
* Fotocopia de Acta de Nacimiento legible	X					X		* Firma Solicitud el Titular del C.C.T.			X	X	X		X
* Fotocopia de Acta de Nacimiento o documento legal correspondiente (Hijo) Cotejado contra original por el Titular del C.T.					X		X	* Firma Solicitud el Interesado	X	X	X	X	X	X	X
* Dictamen Médico Original según Convocatoria					X			* Para Educación Básica, anexar fotocopia del reporte de evaluación con promedio de 8.5 ciclo escolar 2018-2019 y constancia original de estudios del alumno que se encuentra inscrito en el nivel corresponde *Para Educación Media y Superior constancia original, que especifique, Ciclo escolar 2018-2019, Clave del Centro de Trabajo, alumno regular con promedio mínimo de 8.5, firma y sello original de la autoridad competente.							X

VIII. Por este conducto solicito el reconocimiento, estímulo, gratificación o beca señalada, manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento y en caso de ser autorizado el pago correspondiente y falleciera antes de recibirlo, **SEÑALO COMO BENEFICIARIO(S) PARA QUE LO RECIBA(N) A : (NO APLICA PARA EL ESTÍMULO DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA)** _____

IX. INTERESADO

AVISO DE PRIVACIDAD Los datos personales recabados por Servicios Educativos Integrados al Estado de México a través de la Dirección de Administración y Desarrollo de Personal para otorgar las prestaciones económicas, de seguridad social y laborales previstas en la ley y la normatividad vigente, a las que tiene derecho cada trabajador, están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México. El acceso a la información personal está limitado sólo a aquellas unidades administrativas, agrupaciones sindicales o instituciones que requieran estos datos por la relación que tengan con este Organismo. El aviso de Privacidad completo, podrá ser consultado en la página www.seiem.gob.mx

FIRMA DEL TRABAJADOR

X. REPRESENTANTE SINDICAL

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

XI. TITULAR DEL C.C.T.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO