



SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DEL COLEGIO  
DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL  
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

## SOLICITUD DE APOYO CANASTILLA MATERNIDAD

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA TRABAJADORA: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DOCENTE: (\_\_\_\_\_) ADMINISTRATIVO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TEL. PART.: \_\_\_\_\_ TEL. OFICIAL: \_\_\_\_\_ CEL. \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- COPIA DE LA LICENCIA POR GRAVIDEZ EXPEDIDA POR EL ISSSTE y/o
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL(LA) MENOR.

---

**NOMBRE Y FIRMA DE LA SOLICITANTE**