



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

**SOLICITUD DE APOYO PARA GASTOS  
FUNERARIOS**

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

**NOMBRE DEL TRABAJADOR(A):** \_\_\_\_\_  
**CENTRO DE TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
**PLAZA:** DOCENTE (\_\_\_) ADMINISTRATIVA (\_\_\_) **E-MAIL:** \_\_\_\_\_  
**TEL:** \_\_\_\_\_ **TEL. OFICIAL:** \_\_\_\_\_ **CEL.** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL FAMILIAR FALLECIDO(A):** \_\_\_\_\_  
**PARENTESCO:** ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ HIJO(A): \_\_\_\_\_ **PADRE O MADRE:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DEL FALLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**LUGAR DEL FALLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN (obligatoria):**

- COPIA DE ACTA DE DEFUNCIÓN.
- COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE)
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN(A) HIJO(A))
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (DEL TRABAJADOR EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS PADRES)
- ULTIMO COMPROBANTE DE PAGO
- COPIA DE TARJETA PARA DEPÓSITO BANCARIO

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**