

## ACUSE DE RECIBO APOYO GASTOS FUNERARIOS

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

|                            |
|----------------------------|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR (A): |
|                            |

|                    |   |
|--------------------|---|
| CENTRO DE TRABAJO: | PLAZA: DOCENTE (___) ADMINISTRATIVA (___) |
|                    |   |

|        |              |      |
|--------|--------------|------|
| E-MAIL | TEL. OFICIAL | CEL. |
|        |              |      |

|  |
|--|
| NOMBRE DEL FAMILIAR FALLECIDO:                                   |
|  |
| PARENTESCO: ESPOSO(A): _____ HIJO(A): _____ PADRE O MADRE: _____ |
| FECHA DE FALLECIMIENTO: _____                                    |

|   |
|---|
|   |
|   |
| MÉTODO DE PAGO: ( ) TRANSFERENCIA ( ) EFECTIVO    |
| CANTIDAD RECIBIDA: \$ _____                       |
| FECHA DE RECIBIDO : DÍA _____ MES _____ AÑO _____ |

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

 [sindicatocecytebcs@gmail.com](mailto:sindicatocecytebcs@gmail.com)



Carretera al Sur, Calle E. Labastida / A. María Ruíz L2,  
La Paz B.C.S. C.P. 23088, La Paz, B.C.S.