



SOLICITUD DE APOYO PARA GUARDERÍA

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR (A):

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

E-MAIL	TEL. OFICIAL	CEL.

NOMBRE DEL (LA) MENOR:
EDAD DEL (LA) MENOR: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO: _____

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- COPIA (2) DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL (LA) MENOR.
- ORIGINAL Y COPIA DE LA CONSTANCIA OFICIAL EXPEDIDA POR DIF, ISSSTE O INSTITUCIÓN O AUTORIDAD OFICIAL, QUE ACREDITE QUE EN LA POBLACIÓN A LA QUE ESTÁ ADSCRITA, NO EXISTE CUPO O DEFINITIVAMENTE NO EXISTE GUARDERÍA DEL ISSSTE QUE PRESTE EL SERVICIO A LAS MADRES TRABAJADORAS

NOTA: Es importante aclarar que este beneficio concluye cuando el menor cumple 6 años de edad o encuentra cupo en alguna guardería del ISSSTE, por lo que la trabajadora deberá solicitar la cancelación del beneficio cuando esto suceda, de lo contrario deberá reintegrar al CECYTEBCS, la cantidad excedente que por dicho concepto haya recibido.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

 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.