



SOLICITUD DE APOYO PARA CANASTILLA MATERNIDAD

FECHA: _____

Con base a los Artículos 34 y 57, contenidos en nuestro Contrato Colectivo de Trabajo, me permito solicitar a Usted, realizar el trámite ante la instancia correspondiente, para la autorización del APOYO PARA CANASTILLA DE MATERNIDAD para:


NOMBRE DEL TRABAJADORA:		
CENTRO DE TRABAJO:	PLAZA: DOCENTE (___) ADMINISTRATIVA (___)	
E-MAIL	TEL. OFICIAL	CEL.

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 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.