



SOLICITUD DE APOYO PARA EXENCIÓN DE PAGO DE ESTUDIOS EN CECYT

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR (A):

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

E-MAIL	TEL. OFICIAL	CEL.

NOMBRE DEL (LA) BENEFICIARIO (A):
PARENTESCO: ESPOSO(A): _____ HIJO(A): _____
PLANTEL: _____
GRADO: _____
CICLO ESCOLAR : _____

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (SI EL SERVICIO ES PARA UN(A) HIJO(A).
- COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO (SI EL SERVICIO ES PARA EL CÓNYUGE).
- COMPROBANTE DE ÚLTIMO PAGO DEL TRABAJADOR(A).

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.