



## SOLICITUD DE APOYO PARA 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: \_\_\_\_\_

LUGAR DE FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 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



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.