



SOLICITUD DE APOYO PARA TESIS

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR (A): _____

CENTRO DE TRABAJO:

PLAZA: DOCENTE (____) ADMINISTRATIVA (____)

E-MAIL	TEL. OFICIAL	CEL.
_____	_____	_____

UNIVERSIDAD: _____

MAESTRÍA: _____

DESCARGA ACADEMICA: 50 %

LICENCIA CON GOCE DE SUELDO PERIODO:

INICIA EL DIA: _____ de _____ de _____.

CONCLUYE EL DÍA: _____ de _____ de _____.

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- CONSTANCIA DE TITULACIÓN EN TRÁMITE Y/O ESTUDIOS.

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.