Solicitud de autorizacion para tramite de prestaciones para personal de base

La presente se extiende con la finalidad de proporcionar la prestación indicada:

ANTEOJOS LENTES DE CONTACTO CICS VALE

APARATOS ORTOPÉDICOS APARATOS AUDITIVOS

SILLA DE RUEDAS PRÓTESIS

CANASTILLA MATERNAL

A FAVOR DE:

ADSCRIPCIÓN:

TIPO DE PLAZA: ACADÉMICO PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN

BENEFICIARIO: TRABAJADOR CÓNYUGE

HIJO HIJA

PADRE

MADRE

OTROS

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES

COPIA CREDENCIAL IPN

ACTA NACIMIENTO HIJOS

ACTA MATRIMONIO

AVISO ALTA ISSSTE

RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

MANIFIESTO QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL

ÁREA DE RECURSOS HUMANOS QUE AUTORIZA

R.F.C.

CLAVE PRESUPUESTAL

TELÉFONO CON EXTENSIÓN