

PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO SOLICITUD 2023

Premio solicitado por:

25 AÑOS 30 AÑOS 40 AÑOS 50 AÑOS

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR:

FILIACIÓN: _____

CURP: _____

NOMBRE: _____

DATOS DE CONTACTO: _____

Teléfono celular y fijo

Correo Electrónico

CENTRO DE TRABAJO: 0 9

Clave del Centro de Trabajo

Nombre del Centro de Trabajo

Teléfono

En caso de cobrar en un Centro de Trabajo diferente a donde labora físicamente, indicar cuál es:

0	9								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Clave del Centro de Trabajo

PLAZA QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

(En caso de contar con varias claves, anotar la de mayor número de horas)

FUNCTION: *La función es la descripción de la actividad que se lleva a cabo en el sistema.*

FECHA DE PAGO

JUBILACIÓN EN TRÁMITE: FECHA DE TÉRMINO DE LIC. PREJUBILATORIA: _____

DESCUENTO POR PENSIÓN ALIMENTICIA: NO SI

FECHA DE INGRESO A LA S.E.P. _____ Día _____ Mes _____ Año _____

FECHA DE INGRESO AL GOBIERNO FEDERAL _____

DOCUMENTACIÓN QUE ANEXA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primer nombramiento | <input type="checkbox"/> Copia de Identificación oficial vigente |
| <input type="checkbox"/> Hoja Única de Servicios (Otras Dependencias) | <input type="checkbox"/> Licencia prejubilatoria y/o Hoja Única de Servicios cerrada |
| <input type="checkbox"/> Copia de Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Oficios de comisión |
| <input type="checkbox"/> Último comprobante de Pago | <input type="checkbox"/> Orden de Presentación especificando Funciones Admvas. (Docentes) |

SI CONTÓ CON LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO, ANOTE LOS PERIODOS

Tipo de Licencia	Inicio			Término		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

En el caso que se me otorgara dicho premio y falleciese antes de recibirlo, **señalo como único beneficiario (a) facultado (a) para que lo reciba a:**

(Anotar Nombre Completo en Mayúsculas y Minúsculas)

Firma del Trabajador

Para garantizar la información registrada, favor de firmar al final del nombre del beneficiario.

Por este conducto solicito el premio señalado anteriormente; manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento, declaro bajo protesta el **no haber recibido con anterioridad dicho premio y la veracidad de los datos asentados en la presente solicitud**; ya que al falsear información, incurro en un delito federal.

SOLICITANTE	RECIBE	SELLO DE LA DEPENDENCIA
Nombre:	Nombre:	
Lugar:	Lugar:	
Fecha:	Fecha:	
Firma:	Firma:	

Esta solicitud es gratuita

Cualquier aclaración sobre el resultado de su gestión deberá solicitarla en la Dirección General Adjunta de Recursos Humanos, Dirección General o Coordinación Sectorial que corresponda.

Cualquier comunicado relacionado al Premio Nacional de Antigüedad en el Servicio Público será publicado en la página: www.aefcm.gob.mx

El presente documento digitalizado es fiel reproducción de su original que obra en poder de la Coordinación Sectorial de Educación Secundaria, concordando en todas y cada una de sus partes, mismas que se tuvieron a la vista, y se expide en la Ciudad de México, a los nueve días del mes de febrero del año dos mil veintitrés.