

OAXCA DE JUÁREZ OAX. A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 202\_\_

**T.I MARÍA DEL ROSARIO BERNAL JIMENEZ**  
**SECRETARIA DE PREVISIÓN SOCIAL DEL S.T.P.E.I.D.C.E.O.**  
**P R E S E N T E.**

Por este medio solicito su valioso apoyo para que se me otorgue **PERMISO POR CUIDADOS MATERNOS** para lo cual detallo mis siguientes datos:

NOMBRE COMPLETO	
NUMERO TELEFÓNICO	
SECRETARÍA/DIRECCIÓN O UNIDAD/DEPARTAMENTO	
RFC CON HOMOCLOVE	
FECHA DEL PRIMER NOMBRAMIENTO DE BASE	
DELEGACION SINDICAL	
NUE	
NUP	
DIAS SOLICITADOS	
PERÍODO	
NOMBRE DEL MENOR	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	

Se anexa la siguiente documentación.

- RECETA MÉDICA O CONSTANCIA MÉDICA
- ACTA DE NACIMIENTO DEL MENOR.
- EN CASO DE NO APORTAR CUOTA SINDICAL, ANEXAR HOJA DE AFILIACIÓN

**Para su conocimiento:** La receta deberá contener nombre y firma del médico, cédula profesional, dirección del consultorio, número telefónico, nombre completo del menor, diagnóstico y días que requiere.

Sin otro particular quedo de Ud.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA