

**SOLICITUD PARA OBTENER
LA MEDALLA “MAESTRO RAFAEL RAMÍREZ” PROMOCIÓN 2023**

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____
(Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Nombre(s))

R.F.C.:

CURP:

CLABE:
INTERBANCA
IA

DOMICILIO PARTICULAR: _____
(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Alcaldía o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal)

(Teléfono fijo y/o celular) (Correo electrónico)

CENTRO DE TRABAJO: _____
(Clave) (Denominación)

(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Alcaldía o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal)

(Teléfono fijo con número de extensión y/o celular) (Correo electrónico)

ÚLTIMA PLAZA OSTENTADA: ⁽⁷⁾ _____
Clave

(Denominación)

NIVEL EDUCATIVO

() Básico

() Superior

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO DOCENTE

Fecha de ingreso en plaza docente a la Secretaría de Educación Pública Federal: _____
(Día / Mes / Año)

Este Trámite es gratuito

Bld. Manuel Gómez Azcárate No. 150, Col. Himno Nacional 2ª. Sección, C.P.78369 Tel. 444 499 8001 slp.gob.mx/sege

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

Tipo de licencia	Inicio			Término			Cómputo		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
Total:									

FECHA DE JUBILACIÓN

Me jubilo (é) partir de la fecha: _____

INCORPORACIÓN ANTERIOR A UN PROGRAMA DE RETIRO VOLUNTARIO

Declaro que me incorporé anteriormente a un programa de retiro voluntario en la fecha: _____

en la unidad administrativa: _____

APLICACIÓN DE DESCUENTOS POR CONCEPTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA

Declaro que se aplican descuentos a mis ingresos por concepto de pensión alimenticia a favor de las siguientes Personas con los porcentajes y teléfonos para su localización indicados a continuación (mayores de 18 años, tutores o albaceas de los menores de edad):

Nombre: _____	Porcentaje: % _____	Teléfono: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Porcentaje: % _____	Teléfono: _____	Firma: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de que se me otorgara el reconocimiento y de que falleciese antes de recibirlo, designo como beneficiarios a las siguientes personas con los porcentajes y teléfonos para su localización indicados a continuación:

Nombre: _____	Porcentaje: % _____	Teléfono: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Porcentaje: % _____	Teléfono: _____	Firma: _____

Nombre: _____ Porcentaje: % _____ Teléfono: _____ Firma: _____

(Firme al final de cada beneficiario designado, a efecto de certificar la información registrada)

Por este conducto solicito el reconocimiento señalado; manifestando que conozco los requisitos para su otorgamiento y que no lo he recibido con anterioridad, declarando bajo protesta de decir verdad que todos los datos asentados son ciertos.

SOLICITANTE	ACUSE DE RECIBO	SELLO DE LA DEPENDENCIA
Nombre: _____ _____ Lugar: _____ Fecha: _____ _____ Firma: _____	Nombre: _____ _____ Lugar: _____ Fecha: _____ Firma: _____	

Esta solicitud es **gratuita** y deberá llenarla el interesado por duplicado, distribuyéndose un tanto para el signatario, el segundo para la Coordinación General de Recursos Humanos de la SEGE, además, deberá anexar la documentación señalada en la Convocatoria.

