

SOLICITUD PARA OBTENER LA MEDALLA “MAESTRO RAFAEL RAMÍREZ” PROMOCIÓN 2021

ATENCIÓN Consulte el Instructivo de Llenado incluido al final de esta solicitud para recabar la información adecuadamente.

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: ⁽¹⁾ _____
(Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Nombre(s))

R.F.C.: ⁽²⁾

CURP: ⁽³⁾

CLABE: ⁽⁴⁾

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

DOMICILIO PARTICULAR: ⁽⁵⁾ _____
(Calle y No.) (Colonia o Población)

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

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

CENTRO DE TRABAJO: ⁽⁶⁾ _____
(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: ⁽⁸⁾
() Básico
() Medio Superior
() Superior

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO DOCENTE ⁽⁹⁾
Fecha de ingreso en plaza docente a la Secretaría de Educación Pública Federal: _____ (Día / Mes / Año)

LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO ⁽¹⁰⁾									
Tipo de licencia	Inicio			Término			Cómputo		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
Total:									

FECHA DE JUBILACIÓN ⁽¹¹⁾

Me jubilo (é) partir de la fecha: _____

INCORPORACIÓN ANTERIOR A UN PROGRAMA DE RETIRO VOLUNTARIO ⁽¹²⁾

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 ⁽¹³⁾

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): _____

(firme al final del último beneficiario designado, a efecto de certificar la información registrada)

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO ⁽¹⁴⁾

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 que indico a continuación: _____

(firme al final del último 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: _____	Nombre: _____	
Lugar: _____	Lugar: _____	
Fecha: _____	Fecha: _____	
Firma: _____	Firma: _____	

Esta solicitud es gratuita y deberá llenarla el interesado por triplicado, distribuyéndose un tanto para el signatario, el segundo para el área de adscripción y el tercero para la Dirección de Relaciones Laborales de la SEP Federal, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la Convocatoria respectiva.

