



SINDICATO INDEPENDIENTE DE TRABAJADORES DE COLEGIO DE BACHILLERES EN SAN LUIS POTOSÍ

LA UNIDAD Y LA FUERZA SINDICAL
POR EL PROGRESO DE LA EDUCACIÓN
SITCB

SINDICATO INDEPENDIENTE DE TRABAJADORES
DE COLEGIO DE BACHILLERES EN SAN LUIS POTOSÍ

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA DE AYUDA POR DEFUNCIÓN

_____, S. L. P., a _____ de _____ 20_____.

M. E. RAMÓN TREJO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DEL S. I. T. C. B. S. L. P.
PRESENTE. -

Por medio de la presente solicito mi ingreso al Programa de Ayuda por Defunción del Personal Sindicalizado del S. I. T. C. B. S. L. P., obligándome a respetar y cumplir con todos y cada uno de los artículos establecidos en el Reglamento del Programa.

A continuación, doy datos requeridos:

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Adscripción: Plantel (_____) EMSaD (_____) Puesto: _____

Fecha de ingreso al COBACH _____.

Art. 10. El apoyo económico otorgado al (los) beneficiario (s) del Programa Ayuda por Defunción del trabajador, será conforme al porcentaje registrado en el formato de autorización de descuento de Ayuda por Defunción.

El trabajador podrá nombrar hasta tres beneficiarios que deberán ser personas mayores de edad.

Designación de beneficiarios:

Nombre (s) y Apellidos Completos	Parentesco	Porcentaje

AUTORIZADO

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

NIÑO ARTILLERO 301, COL. VIVEROS C.P. 78290, SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. TEL. 444 768 0043 REG. 504-7 T.A.