



SOLICITUD DE PRESTACIÓN

COMISIÓN MIXTA DE ADMISIÓN Y PROMOCIÓN

F-N-CMAYP-F01

México, D. F. a ____ de ____ de 20 ____.

Datos del solicitante.	
Num. de Empleado: _____	Num. de Plaza: _____
Apellido Paterno: _____	
Apellido Materno: _____	
Nombre (s): _____	
Telefono: _____	Correo electronico: _____
Nivel y categoría: _____	
Turno Matutino: <input type="checkbox"/>	Turno Vespertino: <input type="checkbox"/>
Área de Adscripción: _____	
Academia: _____	
Plantel: _____	
Favor de marcar con una X el tipo de permiso que solicita:	
SIN goce de sueldo	CON goce de sueldo
<input type="checkbox"/> Por primera vez por seis meses conforme a la convocatoria _____	<input type="checkbox"/> Por enfermedad de familiares directos _____
<input type="checkbox"/> Prorroga por seis meses conforme a la convocatoria _____	Anexar el justificante expedido por el ISSSTE
<input type="checkbox"/> Por primera vez por tres ó seis meses (administrativos) _____	o por alguna otra Institución Pública de Salud : _____
<input type="checkbox"/> Prorroga por tres o seis meses (administrativos) _____	_____
<input type="checkbox"/> Prorroga por 15 días hasta menos decinco meses _____	_____
<input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____	_____
Indique el número de prorrogas anteriores: _____	
Fecha del término de la licencia que vence (en caso de prorroga) _____	
Especifique los motivos: _____	
Observaciones.	

Firma del Trabajador _____

C.c.p. DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

