



SOLICITUD DE PRESTACIÓN

COMISIÓN MIXTA DE ADMISIÓN Y PROMOCIÓN

CMAYP-F01

Ciudad de México, ____ de _____ de 20 ____

Datos del solicitante.	
Num. de Empleado: _____	
Apellido Paterno: _____	
Apellido Materno: _____	
Nombre (s): _____	
Teléfono: _____ correo electrónico: _____	
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 <input type="checkbox"/> Por primera vez por seis meses conforme a la convocatoria ____ <input type="checkbox"/> Prórroga por seis meses conforme a la convocatoria ____ <input type="checkbox"/> Por primera vez por tres o seis meses (administrativos) ____ <input type="checkbox"/> Prórroga por tres o seis meses (administrativos) ____ <input type="checkbox"/> Prórroga de un día y hasta cinco meses ____	CON goce de sueldo <input type="checkbox"/> Por enfermedad de familiares directos Anexar el justificante expedido por el ISSSTE o por alguna otra Institución Pública de Salud : ____
Indique el número de prórrogas anteriores: _____	
Fecha del término de la licencia que vence (en caso de prórroga): _____	
Especifique los motivos: _____	
Días solicitados: _____	
Periodo del (semestre) _____ al _____	
Observaciones:	

Firma del Trabajador _____

