



**Secretaría
de Educación**
Gobierno del Estado de Michoacán

SOLICITUD PARA OBTENER EL ESTÍMULO POR ANTIGÜEDAD PROMOCIÓN 2021

ESTÍMULO SOLICITADO:

() 10 AÑOS () 15 AÑOS () 20 AÑOS () 25 AÑOS () 30 AÑOS
() 35 AÑOS () 40 AÑOS () 45 AÑOS () 50 AÑOS

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:

Favor anotar su nombre como aparece en su acta de nacimiento, utilizando para ello mayúsculas y minúsculas con acentos a fin de emitir el diploma apropiadamente.

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

FILIACIÓN:

CURP:

CORREO ELECTRÓNICO: _____

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

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Clave LADA) (Teléfono)

CENTRO DE TRABAJO: _____
(Clave) (Denominación)

DOMICILIO DEL C.T.: _____
(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Clave LADA) (Teléfono)

PLAZA QUE OSTENTA ACTUALMENTE: _____
(Clave)

(Denominación)

Nivel de la plaza que ostenta: _____

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

CÓMPUTO DE TIEMPO EFECTIVO DE SERVICIO

<i>Adscripción</i>	<i>Inicio</i>			<i>Término</i>			<i>Cómputo</i>		
	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Años</i>	<i>Meses</i>	<i>Días</i>
Total									

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

<i>Tipo de Licencia</i>	<i>Inicio</i>			<i>Término</i>			<i>Cómputo</i>		
	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Años</i>	<i>Meses</i>	<i>Días</i>
Total									

Jubilado:
 *Si**
 No
 *En trámite** * *A partir de:* _____

Incorporado a un programa de Retiro Voluntario:
 *Si** * *En la Unidad Administrativa:* _____
 No * *En Fecha:* _____

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: _____

En caso de que se me otorgara el reconocimiento y de que falleciese antes de recibirlo, designo como beneficiario(s) para que lo reciba(n) a _____

(En ambos recuadros 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, que no lo he recibido con anterioridad, declarando bajo protesta de decir verdad que los datos asentados son ciertos.

<i>Solicitante</i>	<i>Acuse de recibo</i>	<i>Sello de la Dependencia</i>
<i>Nombre:</i> _____	<i>Nombre:</i> _____	
<i>Lugar:</i> _____	<i>Lugar:</i> _____	
<i>Fecha:</i> _____	<i>Fecha:</i> _____	
<i>Firma:</i> _____	<i>Firma:</i> _____	

Esta solicitud es gratuita y deberá llenarla el interesado por duplicado, distribuyéndose un tanto para el signatario, el segundo para la Dirección de Relaciones Laborales de la S.E.P. Federal, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la Convocatoria respectiva.