EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

# SOLICITUD PARA OBTENER EL "PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO" PROMOCIÓN 2020

*PREMIO SOLICITADO:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ( ) ***25 AÑOS*** | ( ) ***30 AÑOS*** | ( ) ***40 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)*

_____
*(Alcaldía o Municipio)* *( Entidad Federativa)* *(Código Postal)* *(Teléfonos fijo y/o celular)*

*CENTRO DE TRABAJO:* _____
*(Clave)* *(Denominación)*

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

_____
*(Alcaldía o Municipio)* *( Entidad Federativa)* *(Código Postal)* *(Teléfonos fijo y/o celular)*

*PLAZA QUE OSTENTA ACTUALMENTE:* _____
*(Clave)*

_____
*(Denominación)*

***Nivel de la plaza que ostenta:*** _____

***Fecha de ingreso a la Administración Pública Federal:*** _____
*(Día / Mes / Año)*



*Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.*
*Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.*

| LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Tipo de Licencia*** | ***Inicio*** | | | ***Término*** | | | ***Cómputo*** | | |
| | ***Dia*** | ***Mes*** | ***Año*** | ***Dia*** | ***Mes*** | ***Año*** | ***Años*** | ***Meses*** | ***Dias*** |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | ***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 (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,)***

*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: _____*

_____

_____

***(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.

| ***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 S.E.P. Federal, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la Convocatoria respectiva.