

I. DATOS DE LA SOLICITUD (Llenar en tinta azul, con mayúsculas, minúsculas y acentuado)

LUGAR:

FECHA:

PROMOCIÓN: 2024

II. TIPO DE PERSONAL

PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO

PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN

III. RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA QUE SE SOLICITA

Rafael Ramirez (1)

Gratificación de 25 a 30 Años de Servicio (2)

Desempeño (3)

Puntualidad y Asistencia (4)

Becas para Hijos con Capacidades Diferentes (5)

Antigüedad en el Servicio (6)

Becas por Aprovechamiento (7)

IV. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FILIACIÓN

CURP

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE Y No.

COLONIA

C.P.

POBLACIÓN

MUNICIPIO

ESTADO

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

V. DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN:

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO

C.C.T.

ZONA ESCOLAR

DOMICILIO

POBLACIÓN

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONO

FECHA DE INGRESO A LA SEP: ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO: AÑOS

CATEGORÍA: CLAVE DE PLAZA (S):

JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SI NO FECHA TÉRMINO PRE JUBILATORIO:

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca por Aprovechamiento o con Capacidades Diferentes) Ciclo Escolar 2023-2024

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

SEXO: M F

Fecha de Nacimiento

Día

Mes

Año

R.F.C.

DATOS DE LA ESCUELA DONDE EL ALUMNO CONCLUYÓ EL CICLO ESCOLAR 2023-2024

Nombre de la Escuela y Centro de Trabajo

Municipio

Nivel Educativo

Primaria

Secundaria

Medio Superior

Superior

PROMEDIO

Grado/Semestres

Cap. Dif.

ESPECIFICAR LA CAPACIDAD DIFERENTE:

INSTITUCIÓN OFICIAL DE SALUD QUE EMITE DICTAMEN:

REQUIERE DE LENTES SI NO REQUIERE APARATO ORTOPÉDICO SI NO ESPECIFIQUE:

VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGUN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)													1	2	3	4	5	6	7
* Constancia de Antigüedad Original (Decanato) y para personal activo y jubilado.															X				
* Fotocopia del último talón de pago (Ona. Ordinaria)														X					
* Identificación oficial vigente en copia ampliificada a media carta														X	X	X	X	X	X
* Fotocopia de Acta de Nacimiento																		X	
* Fotocopia del Acta de Nacimiento o documento legal del hijo correspondiente, cotejado contra original por el Titular del C.T.																	X		X
* Dictamen Médico Original firmado y sellado; emitido por el ISSSTE, CREE y DIFEM, con vigencia máxima de seis meses a partir de la fecha de su expedición, según (inciso d) Convocatoria vigente.																		X	
* Constancia Laboral que especifique grado y grupo que atiende															X				
* Propuesta Escrita de Jefe Inmediato Superior																X	X		
* Firma en la Solicitud del Representante Sindical																X	X	X	
* Firma en la Solicitud del Titular del C.C.T.																X	X	X	
* Firma en la Solicitud del Interesado													X	X		X	X	X	X
* Para Educación Básica, anexar fotocopia del reporte de evaluación con promedio de 8.5 ciclo escolar 2023-2024 y constancia original de estudios del alumno que se encuentra inscrito en el nivel corresponde *Para Educación Media y Superior constancia original, que especifique, Ciclo escolar 2023-2024, Clave del Centro de Trabajo, alumno regular con promedio mínimo de 8.5, firma y sello original de la autoridad competente.																			X

VIII. Por este conducto solicito el reconocimiento, estímulo, gratificación o beca señalada, manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento y en caso de ser autorizado el pago correspondiente y falleciera antes de recibirlo, SEÑALO COMO BENEFICIARIO(S) PARA QUE LO RECIBA(N) A : (NO APLICA PARA EL ESTÍMULO DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA)

IX INTERESADO

AVISO DE PRIVACIDAD Los datos personales recabados por Servicios Educativos Integrados al Estado de México a través de la Dirección de Administración y Desarrollo de Personal para otorgar las prestaciones económicas, de seguridad social y laborales previstas en la ley y la normatividad vigente, a las que tiene derecho cada trabajador, están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México. El acceso a la información personal está limitado sólo a aquellas unidades administrativas, agrupaciones sindicales o instituciones que requieran estos datos por la relación que tengan con este Organismo. El aviso de Privacidad completo, podrá ser consultado en la página [www.seim.gob.mx](#)

X. FIRMA DEL TRABAJADOR

XI. REPRESENTANTE SINDICAL

XII. TITULAR DEL C.C.T.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO