**DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES**

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA**

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

| LUGAR: | FECHA: | GRATIFICACIÓN DE 25 A 30 AÑOS DE SERVICIO, PROMOCION 2025 |
|---|---|---|

**II. TIPO DE PERSONAL**

PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO ☐ PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACION ■

**III. RECONOCIMIENTO, ESTIMULO, GRATIFICACIÓN, O BECA QUE SOLICITA**

Rafael Ramírez (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

CATEGORIA: _____ 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).**

_____ SEXO: M F

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

**Aprovechamiento**

| Fecha de Nacimiento | | | R.F.C. | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dia | Mes | Año | | | | | | | | | | |

| DATOS DE LA ESCUELA DONDE EL ALUMNO CONCLUYÓ EL CICLO ESCOLAR | |
|---|---|
| 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 ORTOPEDICO SI NO ESPESIFIQUE: _____

**VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGÚN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Constancia de Antigüedad Original y reciente (Decanato) y para personal activo y jubilado | | X | | | | | | *Constancia Laboral que especifique grado y grupo que atiende | | | | | | | |
| *Fotocopia del ultimo talón de pago (Qna. Ordinaria) | | X | | | | | | *Propuesta Escrita del jefe Inmediato Superior | | | | | | | |
| *Identificación oficial (INE) vigente en copia amplificada a media carta | | X | | | | | | *Firma en la Solicitud del Representante Sindical | | X | | | | | |
| *Fotocopia de acta de nacimiento y CURP | | X | | | | | | *Firma en la Solicitud del Titular del C.C.T. | | X | | | | | |
| *Fotocopia de acta de nacimiento o documento legal del hijo correspondiente, cotejado contra original por el Titular del C. T. | | | | | | | | *Firma en la Solicitud del Interesado | | X | | | | | |
| *Dictamen Médico Original firmado y sellado; emitido por el ISSTE, CREE Y DIFE con vigencia máxima de seis meses a partir de la fecha de su expedición, según (inciso d) convocatoria vigente | | | | | | | | *Para Educación Básica, anexar fotocopia del reporte de evaluación con promedio mínimo de 8.5, ciclo escolar y constancia original de estudios del alumno que se encuentra inscrito en el nivel correspondiente *Para Educación Media y Superior constancia original que especifique, Ciclo escolar 2024-2025, clave del Centro de Trabajo, alumno regular con promedio mínimo de 8.5, firma y sello original de la autoridad competente. | | | | | | | |

**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 ESTIMULO DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA).**

_____

**IX INTERESADO**

**AVISO DE PRIVACIDAD** Los datos personales recabados por los 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 tienen 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 solo a aquellas unidades administrativas, agrupaciones sindicales o Institucionales que requieran estos datos por la relación que tengan con este organismo. El aviso de Privacidad completo, podrá ser consultado en la pagina www.seiem.gob.mx

_____

**X. FIRMA DEL TRABAJADOR**

| XI. REPRESENTANTE SINDICAL | | XII. TITULAR DEL C.C.T. |
|---|---|---|
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO | | NOMBRE, FIRMA Y SELLO |