

HOJA DE DATOS PARA SOLICITUD DE :

- () CUIDADOS MEDICO FAMILIARES.
DIAS SOLICITADOS: _____
- () REPOSICIÓN DE DIAS PERIODO VACACIONAL: (MARZO - ABRIL Y/O DICIEMBRE).
DIAS SOLICITADOS: _____
- () HORA DE LACTANCIA: 9 MESES A PARTIR DEL TERMINO DE LA LICENCIA MEDICA:

PROFESION Y NOMBRE DEL TRABAJADOR : _____

TELEFONO: _____ R.F.C. _____ CLAVE (S)
PRESUPUESTAL. _____

NOMBRE DE LA AUTORIDAD INMEDIATA EN EL CENTRO DE TRABAJO. : _____

CARGO QUE DESEMPEÑA LA AUTORIDAD: _____

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO: " _____ "

CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO. _____ DELEG. SINDICAL. _____ REGION SINDICAL: _____

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
LOCALIDAD. _____ MUNICIPIO. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

MTRO. OSCAR CRUZ ORTÍZ: SECRETARIO DE PREVISION SOCIAL

REQUISITOS :

CUIDADOS MEDICOS FAMILIARES

- 1.- RESUMEN CLÍNICO EMITIDO POR EL ISSSTE, O DE ALGUNA INSTITUCIÓN PUBLICA, EN EL CASO DE HABER ATENDIDO A SU FAMILIAR EN FORMA PARTICULAR ANEXAR JUNTO AL RESUMEN CLÍNICO LA FACTURA CON REGISTRO DE HACIENDA.
- 2.- ULTIMO TALON DE PAGO
- 3.- COPIA DEL INE

REPOSICION DE DIAS

- 1.- LICENCIA MEDICA EXPEDIDA POR EL ISSSTE
- 2.- ULTIMO TALON DE PAGO
- 3.- COPIA DEL INE

HORA DE LACTANCIA

- 1.- LICENCIA MEDICA EXPEDIDA POR EL ISSSTE
- 2.- ULTIMO TALON DE PAGO
- 3.- COPIA DEL INE

ENVIAR AL CORREO
previsionsocialSNTE17@gmail.com
EN UN SOLO ARCHIVO EN PDF.