



Sindicato del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Chiapas Comité Ejecutivo 2023-2027



**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR AGREMIADO AL SINDICATO DEL
PERSONAL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS**
(SPA/SG/ F11)

_____, Chiapas, a _____ de _____ año _____

**SINDICATO DEL PERSONAL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
P R E S E N T E.**

El que suscribe C. _____, profesor(a)
de _____, adscrito a
_____, con número de plaza: _____;
con Clave Única de Registro de Población (CURP): _____,
y con registro federal de contribuyentes (RFC): _____.

Por mi propio derecho y en pleno uso de mis facultades mentales, en caso de fallecimiento con independencia de la causa del deceso o desaparición por un acto delinculacional, y los conflictos en materia de seguridad social, dejo como **LEGÍTIMOS BENEFICIARIOS**, a las siguientes personas:

Finiquito Laboral:

No.	Nombre de los legítimos beneficiarios	Parentesco	Porcentaje
01			
02			
03			
04			
05			

Gastos de Marcha:

No.	Nombre de los legítimos beneficiarios	Parentesco	Porcentaje
01			
02			
03			
04			
05			



Sindicato del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Chiapas Comité Ejecutivo 2023-2027



Caja de Ahorro del SPAUNACH:

No.	Nombre de los legítimos beneficiarios	Parentesco	Porcentaje
01			
02			
03			
04			
05			

Seguro de vida MAPFRE:

No.	Nombre de los legítimos beneficiarios	Parentesco	Porcentaje
01			
02			
03			
04			
05			

Declaro bajo protesta de decir verdad que son mayores de edad, tienen derecho a percibir todas y cada una de las prestaciones laborales generadas que por derecho me corresponden, indemnizaciones pendientes de cubrirse por parte de la **UNACH** y del **SPAUNACH**, asimismo, todos los demás derechos contenidos en la Ley Federal del Trabajo (LFT), del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) y de la firma de Convenios Adicionales al **CCT**.

- I. El fallecimiento de algunos de los designados anteriormente, acrecentará por partes iguales el porcentaje correspondiente a cada uno de los demás beneficiarios designados;
- II. La (s) designación (es) contenida (s) en este documento revoca (n) cualquier otra hecha con fecha anterior;
- III. En caso de error o alteración del presente documento, eximo al Sindicato y a la Universidad del pago inmediato de esta prestación, hasta que la autoridad laboral competente determine quién tendrá derecho a cobrar esta prestación laboral.
- IV. Anexo copia de mi identificación oficial (INE) y la de mis beneficiarios.

Sin otro asunto en particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

Vo. Bo.

Nombre y firma del docente

Nombre y firma del Delegado o
Representante Sindical

C.c.p. **Interesado**.