



Sindicato del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Chiapas



SOLICITUD PARA EL PAGO DE APOYO ESCOLAR

(SPA/SG/ F21)

Chiapas; a de de

DR. HÉCTOR A. DE LEÓN GALLEGOS
SECRETARIO GENERAL DEL COMITÉ EJECUTIVO
DEL SPAUNACH
Presente.

Por este medio solicito a usted el pago para el Apoyo Escolar conforme a lo dispuesto por la **cláusula 68** del Contrato Colectivo de Trabajo del SPAUNACH.

DATOS DEL DOCENTE

Nombre del académico(a):
Dependencia de Adscripción:
Categoría
Correo electrónico

<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	Nº de Plaza	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Nº de Teléfono	<input type="text"/>

DATOS DE LOS HIJOS

No.	Nombre de los Hijos
01	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>

ADJUNTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Copia legible del último recibo de pago del sueldo.
- Copia del acta de nacimiento o adopción de los hijos.

Atentamente

“Por la Democracia y Autonomía Sindical”

ELABORÓ

Firma del Trabajador

REVISÓ

Nombre y firma del Delegado

RECIBIÓ

Sello del SPAUNACH

C.c.p. Delegado
Interesado