

LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO										
Tipo de Licencia	Inicio			Término			Cómputo			
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días	
							Total:			

Jubilado:
 Si*
 No
 En trámite* * A partir de: _____

Incorporado a un programa de Retiro Voluntario:
 Si* * En la Unidad Administrativa: _____
 No * En Fecha: _____

Se aplican descuentos a mis ingresos por concepto de pensión alimenticia a favor de las siguientes personas con los porcentajes y teléfonos para su localización indicados a continuación (mayores de 18 años, tutores o albaceas de los menores de edad): _____

 (firme al final del último beneficiario designado, a efecto de certificar la información registrada,)

En caso de que se me otorgara el reconocimiento y de que falleciese antes de recibirlo, designo como beneficiario(s) para que lo reciba(n) a: _____

 (firme al final del último beneficiario designado, a efecto de certificar la información registrada,)

Por este conducto solicito el reconocimiento señalado; manifestando que conozco los requisitos para su otorgamiento, que no lo he recibido con anterioridad, declarando bajo protesta de decir verdad que los datos asentados son ciertos.

Solicitante	Acuse de recibo	Sello de la Dependencia
Nombre: _____	Nombre: _____	
Lugar: _____	Lugar: _____	
Fecha: _____	Fecha: _____	
Firma: _____	Firma: _____	

Esta solicitud es gratuita y deberá llenarla el interesado por triplicado, distribuyéndose un tanto para el signatario, el segundo para el área de adscripción y el tercero para la Dirección de Relaciones Laborales de la S.E.P. Federal, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la Convocatoria respectiva.