



SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DEL COLEGIO
DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

**SOLICITUD DE APOYO PARA GASTOS
FUNERARIOS**

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR(A): _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

PLAZA: DOCENTE (___) ADMINISTRATIVA (___) **E-MAIL:** _____

TEL: _____ **TEL. OFICIAL:** _____ **CEL.** _____

NOMBRE DEL FAMILIAR FALLECIDO(A): _____

PARENTESCO: ESPOSO(A) _____ HIJO(A): _____ **PADRE O MADRE:** _____

FECHA DEL FALLECIMIENTO: _____

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: _____

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN (obligatoria):

- COPIA DE ACTA DE DEFUNCIÓN.
- COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE)
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN(A) HIJO(A))
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (DEL TRABAJADOR EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS PADRES)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE