



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

SOLICITUD DE AYUDA PARA LENTES

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR(A): _____
CENTRO DE TRABAJO: _____
PLAZA: DOCENTE (____) ADMINISTRATIVA (____)
TEL: _____ **TEL. OFICIAL:** _____ **CEL.** _____

NOMBRE DEL(LA) BENEFICIARIO(A): _____
PARENTESCO: ESPOSO(A) _____ HIJO(A): _____ PADRE O MADRE: _____
No. RECETA ISSSTE: _____

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- ORIGINAL Y COPIA DE LA RECETA MÉDICA DEL ISSSTE.
- ORIGINAL Y COPIA DE LA FACTURA DE COMPRA A NOMBRE DE CECyTEBCS. (con excepción de La Paz, Constitución y Cabo San Lucas).
DATOS FISCALES: Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de B.C.S.
R.F.C.: CEC9310149N6.
DOMICILIO: Calle Golfo de California No. 190, Col. El Conchalito, C.P. 23090, La Paz, B.C.S.
- COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO (SI EL SERVICIO ES PARA EL CÓNYUGE)
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (SI EL SERVICIO ES PARA UN(A) HIJO(A))
- CARTA DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS (SI EL SERVICIO ES PARA LOS PADRES)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE