



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

**SOLICITUD DE PAGO POR RENUNCIA O TERMINACIÓN
DE LOS EFECTOS DE NOMBRAMIENTO**

FECHA: _____

Cláusula Trigésima, Numerales 51 y 52, del Contrato Colectivo de Trabajo vigente.

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL TRABAJADOR(A): _____
CENTRO DE TRABAJO: _____
DOCENTE: _____ ADMVO: _____
PLAZA (PUESTO): _____
TEL: _____ TEL. OFICIAL: _____ CEL. _____
E-MAIL: _____
FECHA RENUNCIA O TERMINACIÓN: _____
AÑOS DE SERVICIO: _____

**** En caso de defunción del trabajador, los deudos presentaran documentos que así lo acrediten y comprueben el parentesco respectivo.**

Firma del Trabajador