

L.D. JACOBO III RESÉNDIZ PELAYO
SECRETARIO GENERAL DEL
SINDICATO STUV
PRESENTE:

Por medio de la presente solicito a usted tramitar ante la Institución Incapacidad, en el periodo comprendido del día ____ de _____ al ____ de _____ de _____.

Nombre: _____

No. de Personal: _____

Dependencia: _____

Categoría: _____

Tipo de Contratación: _____

Nacionalidad: _____

Antigüedad: _____

Sin más por el momento, agradezco la atención prestada al mismo.

ATENTAMENTE

Xalapa-Enríquez., Ver., a ____ de _____ del _____.

Trabajador

Nota: el original y copia del formato que tramita este comité deberá traer Sello de la dependencia, fecha de recibido anticipadamente, así como nombre y firma de quien recibe.