

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA

I. DATOS DE LA SOLICITUD (Llenar en tinta azul, con mayúsculas, minúsculas y acentuado)

LUGAR: FECHA: **RECONOCIMIENTO "MAESTRO RAFAEL RAMÍREZ" PROMOCIÓN 2026**

II. TIPO DE PERSONAL

PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACION

III. RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN, O BECA QUE SOLICITA

Rafael Ramírez (1) Gratificación de 25 a 30 Años de Servicio (2) Desempeño (3)

Puntualidad y Asistencia (4) Becas para Hijos con Capacidades Diferentes (5) Antigüedad en el servicio (6) Becas por Aprovechamiento (7)

IV. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

 FILIACIÓN CURP

DOMICILIO PARTICULAR:

 CALLE Y No. COLONIA C.P.

POBLACIÓN

 MUNICIPIO ESTADO CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO

V. DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN:

 NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO

 C.C.T. ZONA ESCOLAR DOMICILIO

 POBLACIÓN MUNICIPIO ESTADO TELÉFONO

FECHA DE INGRESO A LA SEP. _____ ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO: _____ AÑOS

CATEGORIA: _____ CLAVE DE PLAZA(S) _____

JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SI NO FECHA TÉRMINO PRE JUBILATORIO: _____

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca por Aprovechamiento o con Capacidades Diferentes) ciclo escolar 2024-2025

 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) SEXO: M F

Aprovechamiento	Fecha de Nacimiento			R.F.C.							
	Día	Mes	Año								
Cap. Dif.	DATOS DE LA ESCUELA DONDE EL ALUMNO CONCLUYÓ EL CICLO ESCOLAR 2024-2025										
	Nombre de la Escuela y Centro de Trabajo										Municipio
	Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Medio Superior	Superior	PROMEDIO					
	Grado/Semestres										
ESPECIFICAR LA CAPACIDAD DIFERENTE:											
INSTITUCIÓN OFICIAL DE SALUD QUE EMITE DICTAMEN:											
REQUIERE DE LENTES SI NO REQUIERE APARATO ORTOPEDICO SI NO ESPECIFIQUE: _____											

VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGÚN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)

	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
*Constancia de Antigüedad Original y reciente (Decanato) y para personal activo y jubilado.	x							*Constancia Laboral que especifique grado y grupo que atiende.						
*Fotocopia del último talón de pago (Nomina Ordinaria)	x							*Propuesta Escrita de jefe Inmediato Superior.						
*Identificación oficial (INE) vigente en copia ampliada a media carta.	x							*Firma en la Solicitud del Representante Sindical.	x					
*Fotocopia de acta de nacimiento y CURP (actualizada).	x							*Firma en la Solicitud del Titular del C.C.T.	x					
*Fotocopia de acta de nacimiento o documento legal del hijo correspondiente, cotejado contra original por el Titular del C. T.								*Firma en la Solicitud del Interesado.	x					
*Dictamen Médico Original firmado y sellado; emitido por el ISSSTE, CREE Y DIFEM con vigencia máxima de seis meses a partir de la fecha de su expedición, según (inciso d) convocatoria vigente.								*Para Educación Básica, anexar fotocopia del reporte de evaluación con promedio de 8.5 ciclo escolar y constancia original de estudios del alumno que se encuentra inscrito en el nivel correspondiente *Para Educación Media y Superior constancia original que especifique, Ciclo escolar 2024-2025, clave del Centro de Trabajo, alumno regular con promedio mínimo de 8.5, firma y sello original de la autoridad competente.						

VIII. Por este conducto solicito el reconocimiento, estímulo, gratificación o beca señalada, manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento y en caso de ser autorizado el pago correspondiente y falleciera antes de recibirlo, SEÑALO COMO BENEFICIARIO(S) PARA QUE LO RECIBA(N) A: (NO APLICA PARA ESTIMULO DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA).

IX INTERESADO

AVISO DE PRIVACIDAD Los datos personales recabados por los Servicios Educativos Integrados al Estado de México a través de la Dirección de Administración y Desarrollo de Personal para otorgar las prestaciones económicas, de seguridad social y laborales previstas en la ley y la normatividad vigente, a las que tienen derecho cada trabajador, están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México. El acceso a la información personal está limitado solo a aquellas unidades administrativas, agrupaciones sindicales o Institucionales que requieran estos datos por la relación que tengan con este organismo. El aviso de Privacidad completo, podrá ser consultado en la pagina www.seiem.gob.mx

X. FIRMA DEL TRABAJADOR

XI. REPRESENTANTE SINDICAL

 NOMBRE, FIRMA Y SELLO

XII. TITULAR DEL C.C.T.

 NOMBRE, FIRMA Y SELLO

