

PROFA. MARIA BERTHA SOLÓRZANO LUJANO
SECRETARIA GENERAL DE LA SECCIÓN 45 DEL SNTE
P R E S E N T E

Por medio de la presente me permito solicitar la ayuda para pago de **lentes () y/o aparatos ortopédicos ()**, a fin de gozar de esta prestación proporciono los siguientes datos:

Nombre: _____

R.F.C.: _____

Categoría del Empleo: _____

Nombre del centro de trabajo: _____

Clave del centro de trabajo: _____

Teléfono: _____

Delegación Sindical: _____

Municipio: _____

Anexo:

1.- Copia de último talón de pago.

2.- Receta médica expedida por el ISSSTE.

3.- Impresión de factura.

4.- Factura con registro fiscal, deberá pedirle a la **óptica o a la tienda ortopédica** que envíe los archivos al siguiente correo:

apoyo_lentes@seg.guanajuato.gob.mx y después de ingresar el trámite a la sección.

A T E N T A M E N T E
