

DEPENDIENTES ECONOMICOS QUE AFILIARA AL SERVICIO MEDICO DE ISSSTESON/ISSSTE (ESPOSA E HIJOS)

NOMBRE	SEXO		PARENTESCO	NOMBRE	SEXO		PARENTESCO
	F	M			F	M	

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ OCUPACION: _____ TIEMPO DE CONOCERLO: _____

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO: EMPLEO ACTUAL EMPLEO ANTERIOR: EMPLEO ANTERIOR: EMPLEO ANTERIOR:
 O ULTIMO:

TIEMPO QUE PRESTO SUS SERV.				
NOMBRE DE LA COMPANIA				
DIRECCION				
TELEFONO				
PUESTO QUE DESEMPEÑO				

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

(PARA EL CASO DEL FALLECIMIENTO DEL TITULAR, FAVOR REDONDEAR A UN 100%)

	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS AQUÍ CONTENIDOS SON VERDADEROS Y QUE ACEPTO LAS CONDICIONES LABORALES ENMARCADAS EN LOS LINEAMIENTOS QUE REGIRÁN EN MI VIDA LABORAL, DENTRO DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA; EN CASO DE QUE LA SECRETARIA DE LA CONTRALORÍA DETERMINE MI INHABILITACIÓN, MI NOMBRAMIENTO QUEDARA SIN EFECTO. ASÍ MISMO DECLARO QUE _____ ME ENCUENTRO DESEMPEÑANDO OTRO EMPLEO O COMISIÓN, DENTRO DE OTRA ENTIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA FEDERAL Y/O ESTATAL. EN CASO AFIRMATIVO, DEBERÁ ANEXAR SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD.

DECLARO DE CONOCIMIENTO QUE EN CASO DE QUE VAYA A DESEMPEÑAR OTRO EMPLEO DENTRO DE ESTA DEPENDENCIA Y/O EN OTRA INSTITUCION, TENGO LA RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR ANTE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL LA SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD DE HORARIOS ACTUALIZADA PARA SU VALIDACION Y/O AUTORIZACION.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL INTERESADO