

DEPENDIENTES ECONÓMICOS QUE AFILIARA AL SERVICIO MÉDICO DE ISSSTESON/ISSSTE (ESPOSA E HIJOS)							
NOMBRE	SEXO		PARENTESCO	NOMBRE	SEXO		PARENTESCO
	F	M			F	M	

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____ TIEMPO DE CONOCERLO: _____

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO:	EMPLEO ACTUAL O ÚLTIMO:	EMPLEO ANTERIOR:	EMPLEO ANTERIOR:	EMPLEO ANTERIOR:
TIEMPO QUE PRESTO SUS SERV.				
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA				
DIRECCION				
TELEFONO				
PUESTO QUE DESEMPEÑO				

DESIGNACIÓN 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 REGISTRARÉ EN MI VIDA LABORAL, DENTRO DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA; EN CASO DE QUE LA SECRETARÍA DE ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO DETERMINE MI INHABILITACIÓN, MI NOMBRAMIENTO QUEDARÁ SIN EFECTO. ASÍ MISMO, DECLARO QUE ___ ME ENCUENTRO DESEMPEÑANDO OTRO EMPLEO O COMISIÓN, DENTRO DE OTRA INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, ESTATAL Y/O MUNICIPAL. EN CASO AFIRMATIVO, DEBERÉ 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 INSTITUCIÓN, TENGO LA RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL, LA SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD DE HORARIOS ACTUALIZADA PARA SU VALIDACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL INTERESADO