



Secretaría de Educación
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE JALISCO

SOLICITUD PARA PAGO DE CANASTILLA POR MATERNIDAD
COMO PRESTACION SOCIAL DEL ORGANISMO



COBAEJ
COLEGIO DE BACHILLERES
DEL ESTADO DE JALISCO

No. de Solicitud:
(Exclusivo para Depto. Recursos Humanos)

Lugar y Fecha:

Nombre del solicitante:

Domicilio del Solicitante:

Calle y Número	Colonia
Localidad	Estado

Teléfono del solicitante:

R.F.C.:

Centro Educativo donde labora:

Puesto que desempeña:

Antigüedad:

(Exclusivo para Depto. Recursos Humanos)

SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- * COPIA DE LA INCAPACIDAD POR EL ESTADO DE GRAVIDEZ POR EL IMSS
- * ACTA DE NACIMIENTO DEL HIJO(COPIA)

COMO SOLICITANTE DE LA PRESTACION, HAGO CONSTAR QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON VERIDICOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Vo.Bo. Director del Plantel o Centro Emsad

Revisado por el Jefe de Depto. de Recursos Humanos

Vo.Bo. Director Administrativo

Vo.Bo. Director General