

H. Congreso del Estado**Dirección de Fiscalización y Evaluación Gubernamental
Departamento de Control de Bienes Patrimoniales y Nombramientos****SOLICITUD DE CONSTANCIA DE SERVICIO DE ANTIGÜEDAD LABORAL**

FECHA DE SOLICITUD (DÍA/MES/AÑO): ___/___/___

MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE TRÁMITE A REALIZAR

POR PRIMERA VEZ

ACTUALIZACIÓN DE CONSTANCIA

MARQUE CON UNA "X" LA(S) OPCIÓN(ES) A PROMOVER

ESTIMULO	PRE-JUBILACIÓN	JUBILACION	PENSION POR DEFUNCIÓN	PENSION POR VEJEZ	PENSION POR DICTAMEN MEDICO	OTROS

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DEPENDENCIA DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

REFERENCIA LABORAL

DEPENDENCIA	CATEGORÍA	FECHA DE INGRESO A LABORAR (DÍA/MES/AÑO)	FECHA DE CONCLUSIÓN DEL ENCARGO (DÍA/MES/AÑO)

EN CASO DE NO PODER REALIZAR EL TRÁMITE PERSONALMENTE, AUTORIZO PARA LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS A:

ANEXAR UNA COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE LA PERSONA AUTORIZADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE.

NUM TEL O CEL _____