

SOLICITUD DE PAGO DEL FONDO DE AUXILIO POR DEFUNCIÓN

Fecha: ____ de _____ 202_

Datos del trabajador (a) fallecidos (a)

Nombre: _____ Sección Sindical: 37

Domicilio

Calle y número _____ Colonia _____

Estado _____ Municipio _____ C.P. _____

Puesto _____ Sueldo mensual _____

Centro de adscripción _____

Clave Presupuestal completa _____

Causa del fallecimiento _____

Lugar de fallecimiento _____ Fecha _____

Estado Civil

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Datos del Beneficiario

Nombre _____ Edad _____

Parentesco con el trabajador _____

Domicilio

Calle y número _____ Colonia _____

Estado _____ Municipio _____ C.P. _____

Teléfono _____ email _____

Firma del beneficiario