

FOLIO _____

(Antes de proceder a su llenado, verificar si se cumplen los requisitos señalados en los Lineamientos)

DATOS LABORALES

NOMBRE COMPLETO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Folio del Empleado Teléfono

ADSCRIPCIÓN

Unidad Responsable (Dir. Ejec., Dir. Téc., Junta Local) Coordinación o Dirección de Área Subdirección o Vocalía de Área Local Departamento / Vocalía de Área Distrital

DATOS PARTICULARES

DOMICILIO

Calle No. Exterior No. Interior Colonia

C. P. Entre las calles Localidad, Delegación

Ciudad, Municipio Entidad Federativa Teléfono en Domicilio Correo Electrónico

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

(El pago de pensión alimenticia afectará el monto a recibir)

En caso de fallecimiento de (l) (la) que suscribe, para efecto de recibir los beneficios económicos establecidos en el Programa, designo a:

	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

En caso de minoría de edad: _____

Fecha:

Nombre y Firma