

SOLICITUD PARA ATENCION DE RECONSIDERACION DE BECA

Subcomisión Mixta de Becas en: _____

Nombre del Trabajador: _____

Puesto: _____

N° de empleado: _____

Adscripción: _____

Tipo de Beca Solicitado:

Tiempo completo con goce de sueldo

Tiempo completo con goce de sueldo

Tiempo parcial con goce de sueldo:

Horas beca

Días beca

Nombre de los estudios: _____

Institución Educativa: _____

Periodo: Inicio _____

Término: _____

Horario: _____

Periodo Vacacional escolar: _____

Motivos y fundamentos del otorgamiento, o negación de la Beca:

Integrantes de la Subcomisión

Por la Administración

Por la Representación Sindical

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma