

FECHA DE SOLICITUD:			
SEDE DEL CURSO :	FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA		
A QUIEN SE DIRIGE LA PETICIÓN :	DRA. MARIA DEL CORO ARIZMENDI ARRIAGA		
CARGO:	DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA		
<u>DATOS DEL CURSO Y PERSONALES</u>			
NOMBRE DEL CURSO :			
FECHA DE INICIO:		FECHA DE TÉRMINO:	
DÍA(S) Y HORA:			
COSTO:	\$1,980.00 (UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS 00/100 M.N)		
NOMBRE DEL PARTICIPANTE :			
TRABAJADOR <input type="checkbox"/>	CÓNYUGE <input type="checkbox"/>	HIJO(A) <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) :			
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN :			
CATEGORÍA :			
TEL/CORREO :			

ANEXAR COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- ✓ ULTIMO TALÓN DE CHEQUE Y CREDENCIAL VIGENTE
- ✓ EN CASO DE SER HIJO(A): ACTA DE NACIMIENTO
- ✓ EN CASO DE SER CÓNYUGE: ACTA DE MATRIMONIO

José Luis de Jesús Téllez Lara _____
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Vo.Bo. NTRO. CARLOS REY ESPINOZA SALGADO

COMPROBANTE DE TRÁMITE	
NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE :	
DATOS QUE LLENARÁ LA SECRETARIA DE CULTURA Y EDUCACIÓN	
FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD :	