



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PRESTACIONES PARA
PERSONAL DE BASE

Ciudad de México,

La presente se extiende con la finalidad de proporcionar la prestación indicada:

- | | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANTEOJOS | <input type="checkbox"/> LENTES DE CONTACTO | <input type="checkbox"/> CICS | <input type="checkbox"/> VALE |
| <input type="checkbox"/> APARATOS ORTOPÉDICOS | <input type="checkbox"/> APARATOS AUDITIVOS | | |
| <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS | <input type="checkbox"/> PRÓTESIS | | |
| <input type="checkbox"/> CANASTILLA MATERNAL | | | |

NOMBRE DEL BENEFICIARIO : _____

ADSCRIPCIÓN: _____

ÁREA O DEPTO. : _____

TIPO DE PLAZA: **ACADÉMICO** **PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN**

BENEFICIARIO: TRABAJADOR CÓNYUGE
 HIJO HIJA
 PADRE MADRE
 OTROS

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES	<input type="checkbox"/>
COPIA CREDENCIAL IPN	<input type="checkbox"/>
COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO HIJOS	<input type="checkbox"/>
COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO	<input type="checkbox"/>
COPIA DEL AVISO DE ALTA ISSSTE	<input type="checkbox"/>
COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE DEL BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>
RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS	<input type="checkbox"/>

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
MANIFIESTO QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE
DOCUMENTO SON CIERTOS

RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE
DOCUMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA
UNIDAD QUE AUTORIZA

R.F.C. CON HOMOClave _____

ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD _____

CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA _____

TELÉFONO CON EXTENSIÓN _____