



SOLICITUD DE APOYO PARA SERVICIOS MÉDICOS NO OTORGADOS POR ISSSTESON

_____, Sonora, a _____ de _____ de 202_____.

M.E. RAMÓN ANTONIO GASTÉLUM LERMA
SECRETARIO GENERAL DEL SITCECYTES
P R E S E N T E.

AT'N: M.E. RICARDO RAMOS TAPIA
SECRETARIO DE PREVISIÓN SOCIAL

Por este conducto y de manera atenta, solicito a Usted gestionar apoyo para el pago de servicio médico no cubierto por ISSSTESON; tal como lo establece el artículo 74 del Contrato Colectivo de Trabajo vigente, para

☐ Mi ☐ Mi Papá ☐ Mi Mamá ☐ Mi esposo ☐ Mi Esposa ☐ Mi Hijo ☐ Mi Hija

Nombre		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

***REQUISITO: ANEXAR PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR ESPECIALISTA DE ISSSTESON,
Y COPIA DEL PRESUPUESTO O FACTURA A NOMBRE DEL TRABAJADOR.***

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente, me despido de Usted.

A T E N T A M E N T E

Nombre del Solicitante	Firma

Adscripción:	Puesto:
Teléfono:	Correo Electrónico:
Vo. Bo. Delegado (a) Sindical:	