

**SOLICITUD DE APOYO PARA PAGO DE LENTES**

_____, 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 lentes para mi

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

Nombre del Beneficiario			
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

tal como lo establece el artículo 75 del Contrato Colectivo de Trabajo vigente.

***REQUISITO: ANEXAR COPIA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y COPIA DE FACTURA DE PAGO
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:	