



SOLICITUD DE AYUDA PARA LENTES

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR (A):	
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO:	PLAZA: DOCENTE (___) ADMINISTRATIVA (___)

E-MAIL	TEL. OFICIAL	CEL.

NOMBRE DEL (LA) BENEFICIARIO (A):
PARENTESCO: ESPOSO(A): _____ HIJO(A): _____ PADRE O MADRE: _____
No. RECETA ISSSTE: _____
ÓPTICA DONDE USARA LA PRESTACIÓN: () ÓPTICA VALDEZ () ÓPTICA CORTÉS

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- ORIGINAL Y COPIA DE LA RECETA MÉDICA DEL ISSSTE.
- ORIGINAL Y COPIA DE LA FACTURA DE COMPRA A NOMBRE DE CECyTEBCS. DATOS FISCALES: Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de B.C.S. R.F.C.: CEC9310149N6. DOMICILIO: Calle Golfo de California No. 190, Col. El Conchalito, C.P. 23090, La Paz, B.C.S.
- COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO (SI EL SERVICIO ES PARA EL CÓNYUGE)
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO (SI EL SERVICIO ES PARA UN(A) HIJO(A))
- CARTA DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS (SI EL SERVICIO ES PARA LOS PADRES)
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA (SI EL SERVICIO ES PARA LOS PADRES)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

 sindicatocecytebcs@gmail.com



Carretera al Sur, Calle E. Labastida / A. María Ruíz L2,
La Paz B.C.S. C.P. 23088, La Paz, B.C.S.