



Sindicato del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Chiapas



SOLICITUD DE APOYO PARA APARATOS ORTOPÉDICOS, AUDITIVOS O PRÓTESIS DENTAL

(SPA/SG/ F09)

[] Chiapas; a [] de [] de []

DR. HÉCTOR A. DE LEÓN GALLEGOS
SECRETARIO GENERAL DEL COMITÉ EJECUTIVO
DEL SPAUNACH
Presente.

DATOS DEL DOCENTE

Nombre del académico(a):	[]		
Dependencia de Adscripción:	[]		
Categoría	Nº de Plaza	[]	
Correo electrónico	Nº de Teléfono	[]	

Por este conducto, y de conformidad con la **Cláusula 64** del Contrato Colectivo de Trabajo y su respectivo Manual de Procedimientos, vigentes, solicito se me efectuó el reembolso por concepto del pago de:

Prótesis dental Aparato Ortopédico Aparato Auditivo

El pago deberá ser depositado al Banco [] al número de cuenta [],
Clabe [], de la cual soy titular.

DATOS DEL BENEFICIARIO DE APOYO

Nombre: []

Tipo de beneficiario: Trabajador/a Cónyuge Hijo/a Padres

ADJUNTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Copia legible del último recibo de pago del sueldo.
- Original de la factura electrónica o recibo fiscal.
- Original de la receta médica, validada por el ISSSTE

Atentamente

“Por la Democracia y Autonomía Sindical”

ELABORÓ

[]

Firma del Trabajador

REVISÓ

[]

Nombre y firma del Delegado

RECIBÍO

[]

Sello del SPAUNACH

C.c.p. Interesado.
Delegado.
Interesado
Expediente Spaunach

NOTA: los dependientes económicos de los académicos sindicalizados al SPAUNACH, deberán estar afiliados en calidad de beneficiarios en el ISSSTE para recibir este apoyo.