



SOLICITUD PARA BONO DE APOYO ESCOLAR

TRABAJADOR(A): _____ clave _____

DEPENDENCIA: _____

CATEGORÍA Y NIVEL: _____ Hrs. Q. _____

TEL. OFICINA: _____ EXT. _____ CEL. _____

Solicito el pago del bono escolar conforme a lo dispuesto en el Contrato Colectivo de Trabajo UADY-AUTAMUADY vigente. Anexo original de la constancia de inscripción como alumno (s) regular(es) para el período escolar que solicito.

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: _____

Fecha de Nacimiento: _____ de _____ de _____. Edad: _____

Grado escolar: _____ Nivel: _____

Período escolar: de _____ de _____ a _____ de _____

Nombre de la Escuela: _____

NOMBRE: _____

Fecha de Nacimiento: _____ de _____ de _____. Edad: _____

Grado escolar: _____ Nivel: _____

Período escolar: de _____ de _____ a _____ de _____

Nombre de la Escuela: _____

NOMBRE: _____

Fecha de Nacimiento: _____ de _____ de _____. Edad: _____

Grado escolar: _____ Nivel: _____

Período escolar: de _____ de _____ a _____ de _____

Nombre de la Escuela: _____

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma del(la) trabajador(a)