

SOLICITUD PARA DAR DE ALTA A BENEFICIARIOS



UADY

DIRECCIÓN GENERAL
DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL
DE RECURSOS HUMANOS

TRABAJADOR(A): _____ Clave _____

ESTADO CIVIL: soltero-a () casado-a () divorciado-a () viudo-a () concubinato () unión libre ()

DOMICILIO: calle _____ No. _____ entre _____ Colonia () Fracc. ()

Localidad _____

Municipio _____ C.P. _____ Tel: casa _____ cel. _____

Correo electrónico UADY _____ otro correo _____

DATOS DE BENEFICIARIOS CUYA ALTA SOLICITA

Con base a lo dispuesto en la legislación universitaria vigente, solicito sean reconocidos como mis beneficiarios de las prestaciones que otorga la Universidad Autónoma de Yucatán y que en su caso correspondan, las personas que indico a continuación:

NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____ Edad: _____ años.

NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____ Edad: _____ años.

NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____ Edad: _____ años.

Declaro que mi esposa/concubina, actualmente presta sus servicios en _____

por lo que tiene derecho al régimen de atención médica o seguridad social denominado _____

DOCUMENTOS ANEXOS:

() - Copia certificada del acta de nacimiento de cada beneficiario

() - Copia del acta de matrimonio, en su caso, certificada por el Oficial del Registro Civil que corresponda y expedida en un período no mayor de sesenta días anteriores a la fecha en que presente esta solicitud.

() - Original del acta de concubinato, en su caso, expedida en un período no mayor de sesenta días anteriores a la fecha en que presente esta solicitud.

() - Constancia de estudios, tratándose de hijos mayores de 18 años de edad.

() - Dictamen médico de incapacidad permanente total, expedido por la Coordinación General de Salud de la UADY.

Para los fines legales que procedan, declaro formalmente que me hago responsable de la veracidad de la información contenida en este documento, por lo cual, en caso de falsedad, acepto que la Universidad Autónoma de Yucatán descuenta de mi salario y demás prestaciones que percibo en la misma, la cantidad derivada por gastos no correspondientes, comprometiéndome a reportar oportunamente a la Universidad, cualquier modificación o circunstancia por la cual debiera proceder la baja de algún beneficiario.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma del (la) trabajador(a)

Para uso de la C.G.R.H. _____

