



UADY

DIRECCIÓN GENERAL
DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL
DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD PARA CREDENCIAL DE IDENTIFICACIÓN

TRABAJADOR(A): _____ clave _____
TRABAJADOR EN SERVICIO ACTIVO () PENSIONADO O JUBILADO () FALLECIDO ()

Correo electrónico Institucional _____

Correo electrónico alterno _____

DATOS DE TRABAJADOR O BENEFICIARIOS CUYAS CREDENCIALES SOLICITA

Este formato deberá llenarlo para solicitar renovación de credencial o renovación de servicio médico de beneficiarios reconocidos por la UADY para lo cual deberá anexar:

- () - Fotografía de cada beneficiario, en tamaño infantil con el nombre al reverso
- () - Constancia de estudios o dictamen de incapacidad permanente total, de hijos mayores de 18 años de edad.

NOMBRE _____ ESTADO CIVIL _____

Domicilio: calle _____ No. _____ entre _____ de la
colonia () o fracc () _____

Tel: casa _____ cel _____

Población: _____ Municipio: _____

NOMBRE _____ ESTADO CIVIL _____

Domicilio: calle _____ No. _____ entre _____ de la
colonia () o fracc () _____

Tel: casa _____ cel _____

Población: _____ Municipio: _____

NOMBRE _____ ESTADO CIVIL _____

Domicilio: calle _____ No. _____ entre _____ de la
colonia () o fracc () _____

Tel: casa _____ cel _____

Población: _____ Municipio: _____

Fecha: ____ de ____ de ____

Firma del(la) trabajador(a)
o del beneficiario del fallecido