

**SOLICITUD PARA OBTENER ELESTÍMULO POR ANTIGÜEDAD PERSONAL DE APOYO Y
ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN 2026**

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____
(Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Nombre(s))

Solicito Estímulo por: () 10 años () 15 años () 20 años () 25 años () 30 años () 35 años
() 40 años () 45 años () 50 años

R.F.C.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CURP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CLABE:
INTERBANCARIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOMICILIO PARTICULAR: _____
(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Alcaldía o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal)

(Teléfono fijo y/o celular) (Correo electrónico)

CENTRO DE TRABAJO: _____
(Clave) (Denominación)

(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Alcaldía o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal)

(Teléfono fijo con número de extensión y/o celular) (Correo electrónico)

ÚLTIMA PLAZA OSTENTADA: _____
Clave

(Denominación)

NIVEL EDUCATIVO

Básico ()

() Superior

FECHA DE INGRESO

Fecha de ingreso en plaza de apoyo y asistencia a la educación a la Secretaría de Educación Pública: _____
(Día / Mes / Año)

Este Trámite es gratuito

Bldv. Manuel Gómez Azcárate No. 150, Col. Himno Nacional 2ª. Sección, C.P.78369 Tel. 444 499 8000

slp.gob.mx/sege



LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO									
Tipo de licencia	Inicio			Término			Cómputo		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días
FECHA DE JUBILACIÓN							Total:		
Me jubilo (é) partir de la fecha: _____									

APLICACIÓN DE DESCUENTOS POR CONCEPTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA

Declaro que se aplican descuentos a mis ingresos por concepto de pensión alimenticia a favor de las siguientes Personas con los porcentajes y teléfonos para su localización indicados a continuación (mayores de 18 años, tutores o albaceas de los menores de edad):

Nombre:	Porcentaje: %	Teléfono:	Firma:
Nombre:	Porcentaje: %	Teléfono:	Firma:
Nombre:	Porcentaje: %	Teléfono:	Firma:

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de que se me otorgara el reconocimiento y de que falleciese antes de recibirlo, designo como beneficiarios a las siguientes personas con los porcentajes y teléfonos para su localización indicados a continuación:

Nombre:	Porcentaje: %	Teléfono:	Firma:
Nombre:	Porcentaje: %	Teléfono:	Firma:
Nombre:	Porcentaje: %	Teléfono:	Firma:

(Firme al final de cada beneficiario designado, a efecto de certificar la información registrada)

SOLICITANTE	ACUSE DE RECIBO	SELLO DE LA EPENDENCIA
Nombre: _____ Lugar: _____ Fecha: _____ Firma: _____	Nombre: _____ Lugar: _____ Fecha: _____ Firma: _____	

Por este conducto solicito el reconocimiento señalado; **manifiesto que conozco los requisitos para su otorgamiento, que no lo he recibido con anterioridad, declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados son ciertos.**

La Coordinación General de Recursos Humanos de la SEGE es la responsable de proteger los datos personales recabados en el presente formato; mismos que serán utilizados únicamente para el trámite de estímulos por años de servicio. La información proporcionada será transferida a la Dirección General de personal de la SEP con la finalidad de acreditar dicho trámite.

Esta solicitud es gratuita y deberá llenarla el interesado por duplicado, distribuyéndose un tanto para el signatario, el segundo para la Coordinación General de Recursos Humanos, asimismo se deberá anexar la documentación señalada en la Convocatoria.

Este Trámite es gratuito

