# INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
## SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PRESTACIONES PARA
**PERSONAL DE BASE**

Ciudad de México, a 12 de marzo del 201

La presente se extiende con la finalidad de proporcionar la prestación indicada:

( ) ANTEOJOS
( ) APARATOS ORTOPÉDICOS
( ) SILLA DE RUEDAS
( ) CANASTILLA MATERNAL
( ) LENTES DE CONTACTO
( ) APARATOS AUDITIVOS
( ) PRÓTESIS
( ) CICS
( ) VALE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO : _____

ADSCRIPCIÓN: _____

ÁREA O DEPTO. : _____

TIPO DE PLAZA**:** ( ) **ACADÉMICO** ( ) **PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN**

BENEFICIARIO:
( ) TRABAJADOR
( ) CÓNYUGE
( ) HIJO
( ) HIJA
( ) PADRE
( ) MADRE
( ) OTROS

**DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

| | |
|---|---|
| COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES | ( ) |
| COPIA CREDENCIAL IPN | ( ) |
| COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO HIJOS | ( ) |
| COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO | ( ) |
| COPIA DEL AVISO DE ALTA ISSSTE | ( ) |
| COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE DEL BENEFICIARIO | ( ) |
| RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS | ( ) |

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTO QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS**

**RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAPITAL HUMANO QUE AUTORIZA

**R.F.C. CON HOMOCLAVE** _____

**ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD** _____

**CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA** _____

**TELÉFONO CON EXTENSIÓN** _____

**FGR-10/05**