

**H. Congreso del Estado****Dirección de Fiscalización y Evaluación Gubernamental  
Departamento de Control de Bienes Patrimoniales y Nombramientos****SOLICITUD DE CONSTANCIA DE SERVICIO DE ANTIGÜEDAD LABORAL**

FECHA DE SOLICITUD (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE TRÁMITE A REALIZAR

POR PRIMERA VEZ

ACTUALIZACIÓN DE CONSTANCIA

MARQUE CON UNA "X" LA(S) OPCIÓN(ES) A PROMOVER

ESTIMULO	PRE-JUBILACIÓN	JUBILACION	PENSION POR DEFUNCIÓN	PENSION POR VEJEZ	PENSION POR DICTAMEN MEDICO	OTROS

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON EL): \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA DONDE LABORA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

**REFERENCIA LABORAL**

DEPENDENCIA	CATEGORÍA	FECHA DE INGRESO A LABORAR (DÍA/MES/AÑO)	FECHA DE CONCLUSIÓN DEL ENCARGO (DÍA/MES/AÑO)

EN CASO DE NO PODER REALIZAR EL TRÁMITE PERSONALMENTE, AUTORIZO PARA LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS A:

ANEXAR UNA COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE LA PERSONA AUTORIZADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE.  
  
\_\_\_\_\_

NUM TEL O CEL \_\_\_\_\_