COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS
CAMBIO DE CENTRO DE TRABAJO
2018 – 2019

REGISTRO

NOMBRE:_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOBRE (S)

DOMICILIO PARTICULAR:_____TEL:_____

LOCALIDAD:_____ MUNICIPIO:_____ C.P._____

CENTRO DE TRABAJO:_____
NOMBRE CLAVE

CLAVE PRESUPUESTAL:_____FILIACIÓN:_____

ZONA ESCOLAR:_____MUNICIPIO:_____

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA:_____

ÚLTIMA FECHA DE CAMBIO DE CENTRO DE TRABAJO:_____

Por medio de la presente, se solicita a la Coordinación de Educación para Adultos, participar en el proceso de cambios de centro de trabajo.

Declaro bajo protesta de decir verdad que todos los datos aquí asentados son verídicos.

_____
Firma del interesado (a)

NOTA: La presente solicitud deberá ser avalada por la constancia de servicios expedida en los servicios regionales dependiente del IEBEM de su adscripción.