



SUPAUAC/PREST/03

**SINDICATO ÚNICO DE PERSONAL ACADÉMICO DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE PRESTACIONES
SOLICITUD DE APOYO DE CUMPLEAÑOS**

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAM. A _____

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

CENTRO DE TRABAJO: _____

SOLICITA EL APOYO DE CUMPLEAÑOS CON FECHA DE NACIMIENTO _____

DÍA/MES/AÑO

☐ Cheque

☐ Transferencia

Cuenta: _____

Clabe: _____

Banco: _____

FIRMA

TELÉFONO

USO INTERNO

DARINCA M. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
SECRETARÍA DE PRESTACIONES
OTORGA

EDITH DEL CARMEN FAJARDO
SECRETARÍA DE FINANZAS
VoBo

ING. JOAQUÍN A. BERZUNZA VALLADARES
SECRETARIO GENERAL
AUTORIZA

*CLÁUSULA 83

☐
☐

CFDI DE NÓMINA DE LA ÚLTIMA QUINCENA

ENTREGAR PERSONALMENTE O ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN AL CORREO: PRESTACIONES@SUPAUAC.ORG