FECHA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| DÍA | MES | AÑO |

**Nombre de la persona titular de la dependencia donde presta sus servicios.**

**Nombre de la dependencia.**

**Universidad Autónoma de Chiapas.**

**Presente**.

Por este medio solicito se considere mi participación en el **Programa de Recategorización o Promoción para el Personal Administrativo de Base afiliado al STAUNACH**. Para tal efecto, hago entrega de la presente solicitud, así como el llenado de la información requerida en el sistema.

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE:** |
|  |  |  |
| Apellido paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
|  |  |  |
| Categoría actual | Antigüedad UNACH | No. plaza |
|  |  |
| Último nivel de estudios | Correo institucional |
|  |  |
| Dependencia de adscripción | Dependencia donde presta servicio |
|  |
| Número de teléfono personal |
|  |
| Categoría a la que se postula: |

Para los efectos a que hubiera lugar y bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta solicitud es veraz.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE.**

**NOTA**: Esta solicitud deberá llenarse, imprimirse, firmarse de manera autógrafa (nombre y firma) y entregarse físicamente con la persona titular de la dependencia donde presta sus servicios.