

SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES ACADÉMICOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS.

Calle Leandro Valle No. 114 Sur, (3 Hidalgo y Juárez), C.P. 87000, Tel. 834-171-71-33 Cd. Victoria, Tamaulipas. E-mail: sriageneralsutauat@hotmail.com

FORMATO PARA TRÁMITE DE PRESTACION A DOCENTES

Lugar y Fecha _____ a ____ de _____ 20__.

Datos del Docente

Nombre:

Núm. Empleado:

Unidad A. o Facultad a la que pertenece:

Domicilio

Curp.

Teléfono

Prestación:

Nombre y Firma del Docente

Nombre y Firma del
Srio. General Local

Nombre y Firma
Vo. Bo. SUTAUAT

LIC. LUIS GERARDO GALVAN VELAZCO

Anexar copia de: Constancia de pago reciente de la Universidad