



SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES ACADÉMICOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS

Calle Leandro Valle 114 Sur (3 Hidalgo y Juárez) C.P. 87000, Teléfono: (834) 17 17 133 Ciudad Victoria, Tamaulipas, email: sriangeneralsutauat@hotmail.com



VERDAD, BELLEZA, PROBIIDAD

Formato para solicitud de pago por gastos de defunción

Lugar y Fecha: _____ a _____ de _____ 202__

Datos del Docente Fallecido

Nombre: _____ Núm. Empleado: _____

Categoría

Horario Libre

☐

Tiempo Completo

☐

Jubilado

☐

Unidad A. o Facultad a la que pertenece: _____

Datos del Beneficiario

Nombre	Parentesco

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Nombre y Firma del Beneficiario

Firma y sello del Secretario General del
Comité Ejecutivo Local

Firma del Secretario General
Del Comité Ejecutivo Estatal