

SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN AL PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO 2024

Fecha: Día _____ Mes _____ (1) de 2024

No. De Folio: _____

DATOS DE LA O EL SOLICITANTE

Número de empleado: _____ (2)

Nivel: _____ (3)

Nombre: _____ (4)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Grado máximo de estudios: Licenciatura Maestría Doctorado (5) Otros _____

Descripción del puesto: _____ (6)

Área de adscripción o área donde se encuentra comisionada(o): _____ (7)

Teléfonos de: Oficina: _____ (8) Ext.: _____ (9) Casa: _____ (10) Celular: _____ (11)

Jornada laboral: _____ (12) LUN MAR MIE JUE VIE SAB DOM FEST Horario: _____ (13) Matutino Vespertino Mixto

Premio que solicita: 25 años 28 años (14) Sólo mujeres 30 años 40 años 50 años

Nombre de la o el titular del área: _____ (15)

Grado máximo de estudios de la o el titular: Licenciatura Maestría Doctorado Otros _____ (16)

DATOS LABORALES

¿Prestó sus servicios en otra dependencia?

SI (17) NO

IMPORTANTE: En caso de haber prestado sus servicios en otra(s) dependencia(s), deberá presentar la(s) "Hoja(s) Única(s) de Servicios" correspondiente(s).

En caso de ser afirmativo, especifique en cual(es):

1. _____
2. _____ (18)
3. _____

Presenta "Hoja Única de Servicios"

SI NO
 SI (19) NO
 SI NO

Manifiesto que no he recibido este premio en otra dependencia de Gobierno Federal o Local, así mismo, los datos proporcionados en esta solicitud son verídicos y susceptibles de ser corroborados, en caso contrario, autorizo a la Subdirección de Prestaciones realizar las correcciones correspondientes.

(20)

Firma de la o el solicitante

Sello de la JUD de PSyE

(21)

Nombre y firma de quien recibe

ACUSE DE INSCRIPCIÓN AL PREMIO NACIONAL DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO 2024

Fecha: día _____ mes _____ (22) año 2024.

No. De Folio: _____

Nombre de la o el solicitante: _____ (23)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Premio solicitado: 25 años 28 años (24) Sólo mujeres 30 años 40 años 50 años

Estoy enterado que en caso de no cumplir con los requisitos para este premio, autorizo a la Subdirección de Prestaciones a realizar las correcciones correspondientes.

(25)

Firma de la o el solicitante

Recibe personal de la JUD de PSyE

(26)

Nombre y rúbrica

Sello de la JUD de PSyE

(27)

En caso de cambio de adscripción, plaza o causar baja comunicarse al teléfono: conmutador 91 56 49 97 ext. 511772,

así como cualquier duda respecto a éste trámite.

DRLP-16

INSTRUCTIVO DE LLENADO (Formato DRLP-16)

El formato es editable y se deberá requisitar a computadora.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	Fecha	El día, el mes y año en que se suscribe el documento.
2	Número de empleado	Número de identificación laboral.
3	Nivel	Nivel laboral que ostenta la o el solicitante.
4	Nombre de la o el solicitante	Nombre completo de la o el solicitante iniciando por apellidos.
5	Grado máximo de estudios	Grado maximo de estudios que ostenta la o el solicitante
6	Descripción del puesto	Denominación del puesto que ostenta la o le solicitante
7	Área de adscripción	Área laboral a la cual está adscrita o comisionada la o el solicitante.
8	Teléfono de oficina	Número o conmutador de oficina de la o el solicitante.
9	Extensión	Número de extensión de la o el solicitante.
10	Teléfono de casa	Número de casa de la o el solicitante.
11	Teléfono celular	Número de celular de la o el solicitante.
12	Jornada Laboral	Marque los días que labora la o el solicitante.
13	Horario	Marque el horario laboral que tiene la o el solicitante.
14	Premio que solicita	Marque el premio de los años correspondientes que solicita.
15	Nombre de la o el titular del área	Colocar el nombre de su titular.
16	Título o nivel de estudios	Título o nivel maximo de estudios que ostenta su titular.
17	Interrogante	Marque SI o NO a la interrogante.
18	Interrogante	En caso de marcar SI en la interrogante anterior especifique en que dependencias.
19	Documento	Marcar si presenta la hoja de servicios correspondiente.
20	Firma de la o el solicitante	Firma autógrafa de la o el solicitante.
21	Sello del Área	Sello del Área que recibe la solicitud (No llenar dejar en blanco)
22	Fecha	El día, el mes y año en que se suscribe el documento.
23	Nombre de la o el solicitante	Nombre completo de la o el solicitante iniciando por apellidos.
24	Premio que solicita	Marque el premio de los años correspondientes que solicita.
25	Firma de la o el solicitante	Firma autógrafa de la o el solicitante.
26	Recibe	Nombre de quien recibe (No llenar dejar en blanco)
27	Sello del Área	Sello del Área que recibe la solicitud (No llenar dejar en blanco)

NOTA: PARA CUALQUIER DUDA O COMENTARIO, PARA EL PERSONAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA COMUNICARSE A LA EXTENSIÓN 511772 Y PARA EL PERSONAL DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA A LA EXTENSIÓN 710502, AMBOS DEL PODER JUDICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.