



Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud  
Comité Ejecutivo Nacional  
Secretaría de Fondo de Auxilio por Defunción

**FORMATO - FAD**

SNTSA-CEN-FAD-

ENTIDAD FEDERATIVA:

SECCIÓN SINDICAL:

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

El Formato deberá ser llenado en forma clara y precisa, para su correcta interpretación y aplicación.

**DATOS DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

R.F.C.:

CURP:

**DOMICILIO**

CALLE

No. EXTERIOR

No. INTERIOR

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

CIUDAD

ESTADO

**DATOS LABORALES**

FECHA DE INGRESO A LA SECRETARÍA

TIPO DE NOMBRAMIENTO

PUESTO

CÓDIGO

CLAVE PRESUPUESTAL

CENTRO DE ADSCRIPCIÓN

DOMICILIO DE ADSCRIPCIÓN

**DESIGNACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL BENEFICIO DE COBRO**

Anotar nombre completo (para efectos de identificación), parentesco y porcentaje.

	NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE (%)
1			
2			

FIRMA DEL TRABAJADOR

Espacio para refrendo y certificación de la Secretaría del Fondo de Auxilio por Defunción del CEN