H. COMISION MIXTA DE ESCALAFON

ANEXO V.
SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN

C. _____.
PRESIDENTE ÁRBITRO.

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR: _____.
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)

CENTRO DE TRABAJO:_____.

CATEGORÍA: _____. PUESTO: _____.

NO. DE DICTAMEN IMPUGANDO: _____.

FECHA DEL DICTAMEN IMPUGNADO: _____.

RELACIÓN DE HECHOS EN LOS QUE SE FUNDA LA SOLICITUD:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ BAJA CALIFORNIA SUR A ____ DE _____DEL 201___.

A T E N T A M E N T E

_____.
NOMBRE Y FIRMA

C.C.P. - REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN.
- REPRESENTANTE DEL SINDICATO.
- INTERESADO