



POLITÉCNICA

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

_____ N.I.F.: _____

DOMICILIO (CL/PL/AV) _____

LOCALIDAD/PROVINCIA _____ C.P. _____

TFNO/S. CONTACTO: _____, con el debido respeto,

EXPONE: Que conforme al Acuerdo General sobre Formación, Acción Social, Salud Laboral y Derechos Sindicales que Suscriben las Universidades Públicas de Madrid y los Sindicatos CC.OO, FETE-UGT y CSI-CSIF, en el Capítulo II “Beneficios Sociales”, Punto Séptimo “Indemnizaciones por Invalidez y Muerte”,

SOLICITA: La Indemnización correspondiente a D./D^a.: _____,
Cuerpo/Escala/Grupo Laboral _____.

MADRID, a _____ de _____ de _____

Firma del Interesado/a

VICERRECTORADO DE IGUALDAD, DIVERSIDAD Y COMPROMISO SOCIAL.-