



POLITÉCNICA

SECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL

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 al trabajador D./Dña.

Cuerpo/Escala/Grupo Laboral _____"

MADRID, a _____ de _____ de _____

Firma del Interesado

SR. GERENTE DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID.-