



SINDICATO DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES DE LA EDUCACION COSTARRICENSE

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MUERTE con carácter de declaración jurada

| 1- INFORMACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Nombre Completo de la persona fallecida | | | Identificación N° |
| Domicilio en vida de la persona fallecida: | PROVINCIA | CANTÓN | DISTRITO |
| Otras señas para fácil localización: | | | Fecha de fallecimiento: |
| 2- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE EN CONDICIÓN DE: HIJO SEGÚN REGISTRO CIVIL () PADRE () MADRE () CONYUGE () | | | |
| Nombre Completo de la persona Afiliada | | | Identificación N° |
| Domicilio | PROVINCIA | CANTON | DISTRITO |
| Otras señas para fácil localización: | | | |
| Centro educativo donde labora | Zonal a la que pertenece | Parentesco con la persona fallecida | |
| Indicar el nombre de la entidad financiera y número de su cuenta clienta o IBAN para el depósito de subsidio: | | | |
| Para recibir notificaciones señalo la siguiente dirección de correo electrónico (INDISPENSABLE) | | | |
| <hr/> | | | |
| DEBE APORTAR EL ACTA DE DIFUNCION Esta información debe ser enviada al whatsapp 6389-6942 o al correo hmata@seccr.org o aaguilar@seccr.org El subsidio es de un monto de ₡100.000 | | | |