****

###### **En caso de fallecer, acudo a efectuar la presente declaración de beneficiario (s) con la finalidad de que a los mismos les sean cubiertas las prestaciones laborales a que tenga derecho, conforme lo establecido por la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Trabajo de los Servidores Públicos al Servicio del Estado y de los Municipios, sin necesidad de tramitar juicio alguno en contra de esta Dependencia.**

###### **Es de mi conocimiento que la presente designación de beneficiario(s) podre sustituirla cuando lo estime necesario, haciéndose efectiva la de fecha más reciente.**

**DATOS GENERALES DE BENEFICIARIO (S) SE ANEXA IDENTIFICACIÓN OFICIAL.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** | **PARENTESCO** | **PORCENTAJE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicita** | **Recibe** |
| **Nombre y firma de el / la trabajador (a)** | **Nombre y sello de el /la responsable de Recursos Humanos** |