



Comisión Estatal Mixta de Escalafón

Solicitud de Concurso Escalafonario, Grupo IV	
--	--

Nombre completo:	Domicilio Particular:
Número de Expediente:	Ciudad C.P.
RFC:	Correo electrónico:
Teléfono fijo:	Celular:

Clave que ostenta actualmente:	Nombre del Centro de Trabajo:
Clave del Centro de Trabajo:	Domicilio del Centro de Trabajo:
Número y referencia del dictamen:	Categoría:

Número y fecha del boletín en el cual participará:	Clave que solicita:
--	---------------------

Tlaxcala, Tlax., ____ de _____ de 2025.

Nombre y Firma del solicitante

Llenado exclusivo para el personal de la Comisión Estatal Mixta de Escalafón			
Lugar en el Catálogo:		Puntaje:	
Nota: Se revisarán los documentos que conforman su expediente para corroborar la información por la cual se emitió el Dictamen.			