



COMISIÓN ESTATAL MIXTA DE ESCALAFÓN

Exp. _____
Tlaxcala, Tlax., _____ de _____ 2025.

Asunto: Solicitud de Reconsideración del Dictamen Escalafonario.

**C. Presidente Árbitro de la
H. Comisión Estatal Mixta de Escalafón, Grupo IV
P r e s e n t e.**

El/la que suscribe _____, con domicilio en: _____ con Clave Presupuestal: _____, categoría _____, RFC: _____, correo electrónico: _____ y número telefónico _____.

Adscrito/a al Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación (PAAE) y de conformidad con los Artículos 107, 108, 109 y 110 del Reglamento de Escalafón de los Trabajadores al Servicio de la Secretaría de Educación Pública, miembros de la Sección 31 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Educación, me permito manifestar a través del presente se Reconsidere el Dictamen Escalafonario _____ por omisión o error aparecen en el catálogo escalafonario 2025, en el que me encuentro ubicado en la posición número _____.

A continuación, se señalan las siguientes inconsistencias

Errores en:

- () El nombre
- () El número de dictamen
- () La fecha del dictamen
- () La ubicación de la categoría
- () La suma total de factores

Computación indebida en:

- () Conocimientos
 - () Crédito Escalafonario
 - () Antigüedad
 - () otros
- Especifique: _____

Anexo la siguiente documentación para comprobar mi inconformidad: _____

Atentamente

Nombre y Firma