

SOLICITUD DE BENEFICIO POR INVALIDEZ

Fecha: de de 20.....

Señor
Gerente General de Derrama Magisterial

Presente.-

Yo,,
identificado(a) con DNI, con Código Modular N°
y con domicilio en del distrito
de provincia de departamento de
con teléfono, con correo electrónico, siendo
cesado por invalidez permanente y total con Resolución N° el día
de de en el centro educativo
..... del distrito de provincia
de departamento de....., y habiendo sido nombrado
desde el de de, según la Resolución de Nombramiento
N°, solicito a usted lo siguiente:

Que ordene el otorgamiento del **Beneficio por Invalidez** que me corresponde. Adjunto para ello
todos los requisitos exigidos al dorso de esta solicitud.

Además de todo lo mencionado, solicito que el monto asignado por este beneficio sea remitido a
la ciudad de

Atentamente;



.....
Firma

DNI:

DM-UPS-09-2016

REQUISITOS PARA SOLICITAR BENEFICIO POR INVALIDEZ

- 1.- Solicitud dirigida al Gerente General.
- 2.- Original de Resolución de Cese por Invalidez total y permanente, fedateada por UGEL o legalizada por notario.
- 3.- Copia autenticada por Derrama Magisterial de la Resolución de Nombramiento.
- 4.- Dictamen de la Comisión Médica Evaluadora, original, fedateado por entidad que lo emite o legalizado notarialmente.
- 5.- Copia de boleta de pago anterior a la fecha de cese, autenticada por Derrama Magisterial.
- 6.- Copia autenticada por Derrama Magisterial del documento de identidad vigente.

NOTA: El personal encargado de Derrama Magisterial deberá adjuntar:

- Hoja de Calificación emitida por Derrama Magisterial.
- Carta de Verificación y Certificación del dictamen médico ante la institución emittente, a solicitud del personal autorizado de Derrama Magisterial.