



Datos Personales.

FECHA: _____

Nombre Completo: _____

Número de Identidad: _____

Número de Colegiación: _____

Estado Civil: Casado (a) ____ Soltero (a) ____

Profesión u Oficio: _____

Dirección exacta del domicilio:

Numero de teléfono: _____

Numero de celular: _____

Correo Electrónico: _____

Tipo de solicitud: _____

Persona Natural o Jurídica Demandada: _____

Dirección de la parte demandada: _____

Fecha inicio de labores: _____ Puesto: _____

Salario: _____

Estatus Laboral: Permanente ____, o Contrato/Tiempo Determinado ____, Otro ____.

Describe Otro: _____

Fecha máxima para la presentación de la Demanda/reclamo: _____

Tramite Administrativo Agotado: Si ____ No ____ Pendiente ____ fecha de Audiencia _____

Asignado a: _____

Documentos requeridos al agremiado:

- a. Tarjeta de Identidad ()
- b. Copia de acuerdo o contrato ()
- c. Boucher de pago si los tuviese.
- d. Memorándums. ()

Cualquier otro documento que acredite relación laboral.- especificar:

Observaciones:

