



**MUNICIPIO DE COMPOSTELA NAYARIT
CONTRALORIA MUNICIPAL**



FORMATO: DT/CM/_____/2018

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA

El que suscribe manifiesto bajo protesta de decir verdad en uso de mis facultades físicas y mentales, por mi absoluta libertad y plena voluntad, mi consentimiento para que al ocurrir mi deceso se haga entrega de todo beneficio material y económico que a mi derecho corresponda por el trabajo en funciones o por cualquier clasificación como jubilado o pensionado ante el H. Ayuntamiento Constitucional de Compostela Nayarit, a través de la administración que corresponda, bajo los siguientes datos:

NOMBRE COMPLETO		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		
OCUPACIÓN		
RAMO, UR Y PARTIDA		
FILIACIÓN SINDICAL		
ESTADO CIVIL Y RÉGIMEN		
DOMICILIO PARTICULAR		
CURP		RFC:
TELÉFONO		CORREO:

DATOS DEL CÓNYUGE o CONCUBINATO

NOMBRE COMPLETO		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		
OCUPACIÓN		
DOMICILIO PARTICULAR		
CURP		RFC:
TELÉFONO		CORREO:

DATOS DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL PADRE		
VIVE		FINADO
NOMBRE DE LA MADRE		
VIVE		FINADO
DOMICILIO PARTICULAR		
CURP		RFC:
TELÉFONO		CORREO:

DATOS DE LOS HIJOS

1. NOMBRE COMPLETO		
EDAD:	CURP:	RFC:

2. NOMBRE COMPLETO		
EDAD:	CURP:	RFC:

3. NOMBRE COMPLETO		
EDAD:	CURP:	RFC:

4. NOMBRE COMPLETO		
EDAD:	CURP:	RFC:



**MUNICIPIO DE COMPOSTELA NAYARIT
CONTRALORIA MUNICIPAL**



FORMATO: DT/CM/_____/2018

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA

¿HA OTORGADO DISPOSICIÓN TESTAMENTO CON ANTERIORIDAD? SI _____ NO _____

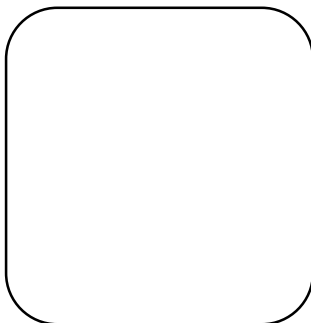
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y PORCENTAJE:

(la suma de porcentajes por concepto deberá ser igual al 100%)

No.	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SEGURO DE VIDA	PAGO DE MARCHA	SUELDO O SALARIO DEVENGADO NO CUBIERTO	OTRA PRESTACIÓN DEVENGADA NO CUBIERTA
1						
2						
3						
4						
5						

NOTA: las prestaciones devengadas no cubiertas, deberán estar registradas en contabilidad gubernamental previo dictamen de la Tesorería municipal.

En su caso me permito nombrar como ALBACEA o TUTOR para el caso de menores a:



Compostela Nayarit; a _____ del mes de _____ del año 2018.

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DOCUMENTOS QUE DEBE ACOMPAÑAR EL TESTADOR:

- Fotografía reciente tamaño infantil a color.
- Identificación oficial en copia.
- En su caso, disposición testamentaria anterior.
- Copia certificada del nombramiento

NOTA: En caso de que el testador no supiere o no pudiese firmar, deberá presentar dos testigos que firmen a su ruego y encargo.