Lugar y fecha xxxxxxxxxxxxxxxx

Licenciado (a)

(nombre)

(Cargo)

(Unidad ejecutora)

Ministerio de Educación

(Dirección)

Licenciado (a) (apellido):

Yo XXXXX me identifico con número de DPI \_XXXXX con domicilio en XXXX, con número telefónico XXXX y dirección de correo electrónica XXXX para recibir notificaciones, informo lo siguiente:

Por este medio se da aviso que el (la) señor (a) **(nombre)** falleció en la siguiente fecha XXXX, quien laboraba para el Ministerio de Educación en **(dependencia)** en el puesto **(DIRECTOR PROFESOR TITULADO, CATEDRATICO DE PERIODOS, PROFESIONAL I, ETC)** y a la fecha de su fallecimiento no registro beneficiarios de la prestación INDEMNIZACION POST MORTEM según Pacto Colectivo.

Asimismo, se solicita que con la presente se inicie a conformar el expediente, para pago de INDEMNIZACION POST MORTEM en vista que se realizarán las gestiones para tener derecho de reclamar el pago de INDEMNIZACIÓN POST MORTEM en calidad de **(hermano, hijo, padre, madre, esposa, esposa, etc.)** de **(NOMBRE DEL FALLECIDO)** de dicha prestación por autoridad competente, para el efecto se adjuntan los siguientes documentos:

1. Certificación de defunción
2. Fotocopia del DPI

Atentamente,

Firma

Nombre