

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

SOLICITUD OFICIAL BECA MAYOR A 6 MESES

FOTO

No.	FECHA DE RECEPCIÓN			
		DÍA	MES	AÑO

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
R.F.C.		NACIONALIDAD		SEXO	
DOMICILIO					
CALLE	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN (HOSPITAL, JURISDICCIÓN O DIRECCIÓN)					
CENTRO DE SALUD O ÁREA DE TRABAJO					
DOMICILIO	CALLE	No. EXT. / INT.	COLONIA	DELEGACIÓN	
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	
	CÓDIGO	TIPO DE PLAZA (BASE, HOMOLOGADO, ETC)	DESCRIPCIÓN DEL PUESTO		
HORARIO DE TRABAJO (ENTRADA, SALIDA, DÍAS EN QUE LABORA)			SUELDO MENSUAL		
FUNCIONES QUE DESEMPEÑA					
ANTIGÜEDAD DEL PUESTO			ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA BASE		

NIVEL DE ESTUDIOS

PRIMARIA ☐	SECUNDARIA ☐	COMERCIAL ☐	TÉCNICA ☐
PREPARATORIA ☐	VOCACIONAL ☐	PROFESIONAL ☐	POSTGRADO ☐

BECA SOLICITADA

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO ☐	☐	☐
(SI EL EVENTO DE CAPACITACIÓN COMPRENDE SOLO UNA PARTE DE TU JORNADA LABORAL)	(SI EL EVENTO DE CAPACITACIÓN COMPRENDE TODA TU JORNADA LABORAL)	(SOLO PARA ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA)

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

TIPO DE BECA SOLICITADA

I. BECA PARA INTERNADO DE PREGRADO ☐	II. BECA PARA MAESTRÍA ☐
III. BECA PARA SERVICIO SOCIAL DE PASANTES ☐	IV. BECA PARA CURSOS POSTECNICOS ☐
V. BECA PARA ESPECIALIDAD MÉDICA ☐	VI. OTROS ☐

DATOS DEL CURSO SOLICITADO

NOMBRE DEL EVENTO:			
INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LOS ESTUDIOS			
SEDE	DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO y PAÍS		
DÍA (S)	HORARIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

RÚBRICAS

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO	NOMBRE, FIRMA Y FECHA DEL SECRETARIO TÉCNICO <i>Vo.Bo. en la Recepción de la Documentación Completa</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO <i>Vo.Bo.</i>	PUESTO

COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES QUE AUTORIZAN *(Firmar en pleno de la sesión)*

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES QUE AUTORIZAN *(Firmar en pleno de la sesión)*

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA