

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	☐	COMISIÓN OFICIAL	☐	LICENCIA SIN GOSE DE SUELDO	☐
(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



Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

