

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación
**SOLICITUD OFICIAL DE AUTORIZACIÓN
 PARA ASISTIR A EVENTOS DE CAPACITACIÓN MENORES A 30 DÍAS**

FECHA DE SOLICITUD			
	DÍA	MES	AÑO

DATOS PERSONALES

NOMBRE						
	NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
CARGO						
	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN DEL PUESTO			
TIPO DE PLAZA	BASE ☐	☐	☐	☐	☐	OTRO ☐ ESPECIFIQUE: _____
CENTRO DE TRABAJO						
	CENTRO DE SALUD O ÁREA DE SERVICIO			HOSPITAL, JURISDICCIÓN O DIRECCIÓN		
HORARIO DE TRABAJO						
	ENTRADA		SALIDA		DÍAS EN QUE LABORA	

DATOS DEL EVENTO

NOMBRE			
	ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN		
INSTITUCIÓN			
	ESPECIFICAR LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIRÁ LA CAPACITACIÓN		
SEDE			
	LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO		
DURACIÓN			HORARIO
	ESPECIFICAR EL PERIODO DE DURACIÓN EN DÍAS		
		HORARIO(S) EN QUE SE IMPARTIRÁ LA CAPACITACIÓN	

AUTORIZACIÓN SOLICITADA

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO ☐ (SI EL EVENTO DE CAPACITACIÓN COMPRENDE SOLO UNA PARTE DE TU JORNADA LABORAL)	
	HORARIO EN QUE TRABAJARÁ DURANTE LA JORNADA LABORAL
COMISIÓN OFICIAL ☐ (SI EL EVENTO DE CAPACITACIÓN COMPRENDE TODA TU JORNADA LABORAL)	
	DÍAS QUE SOLICITA DE SU JORNADA LABORAL

RUBRICAS

Nombre y Firma del Solicitante	Nombre y Firma del Secretario Técnico	Nombre y Firma del Director o Jefe Inmediato
--------------------------------	---------------------------------------	--

OBSERVACIONES

- La Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación sesiona cada segundo martes de mes.
- Anexar Programa del Evento e Inscripción al Evento y entregar 5 días antes de la sesión de la CAMC.
- Después de disfrutada la beca, si el evento no fue realizado por los Servicios de Salud de Morelos es obligatorio presentar ante la CAMC la Constancia original y una copia para validación en la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación.
- La autorización es oficial únicamente con la emisión del oficio de Recursos Humanos de la unidad.

SELLO RECEPCIÓN

--

