

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

SOLICITUD OFICIAL BECA MAYOR DE 30 DÍAS Y MENOR 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	☐

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

BECA SOLICITADA

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO ☐
(SI COMPRENDE SOLO UNA PARTE DE TU JORNADA LABORAL)

COMISIÓN OFICIAL ☐
(SI COMPRENDE TODA TU JORNADA LABORAL)

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
Vo.Bo. en la Recepción de la Documentación Completa

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Vo.Bo.

PUESTO

COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DECAPACITACIÓN

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

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