

## 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     | <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA | <input type="checkbox"/> | COMERCIAL   | <input type="checkbox"/> | TÉCNICA   | <input type="checkbox"/> |
| PREPARATORIA | <input type="checkbox"/> | VOCACIONAL | <input type="checkbox"/> | PROFESIONAL | <input type="checkbox"/> | POSTGRADO | <input type="checkbox"/> |

## 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