

Solicitud de Beca de Comisión Central Mixta de Capacitación

**Instrucciones: Este formato debe ser llenado con letra clara, de molde y sin dejar recuadros vacíos.
Es necesario anexar documentación de soporte a este formato.**

--	--	--

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

--	--	--

Departamento

Puesto

Número de empleado

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">L</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> <td style="width: 10%;">V</td> <td style="width: 10%;">S</td> <td style="width: 10%;">D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D	
L	M	M	J	V	S	D			

Turno

Días que labora

Horario laboral

--	--

Extensión

Correo electrónico

--

Nombre del evento (curso, taller, diplomado, licenciatura, posgrado, congreso, prácticas o renovación de beca)

--

Sede del evento de capacitación

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">L</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">J</td> <td style="width: 10%;">V</td> <td style="width: 10%;">S</td> <td style="width: 10%;">D</td> </tr> </table>	L	M	M	J	V	S	D	
L	M	M	J	V	S	D			

Periodo solicitado

Días solicitados

Horario solicitado

--	--

Última beca autorizada (Nombre y fecha del evento)

Monto solicitado (En caso de solicitar apoyo económico)

Es importante que anexe a esta solicitud:

-Documento de inscripción

-Tira de materias o constancia de estudios donde se establezcan días y horarios de estudios (expedidos por la institución educativa correspondiente)

--	--	--

Nombre y firma del solicitante

Sello de recibido

Fecha de elaboración



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE CAPITAL HUMANO



Solicitud de Beca de Comisión Central Mixta de Capacitación