

FOLIO:

--

FECHA DE SOLICITUD:

DÍA	MES	AÑO

INSTRUCCIONES:

- Antes de completar este formato, consulte las Bases para solicitar beca en la siguiente dirección electrónica: <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/comisioncentralmixtadecapacitacion.html>.
- Anote los datos requeridos en la presente solicitud y al entregarla acompáñela de los documentos que detallan el programa de la actividad académica sujeto de esta solicitud.

I. DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre						
No. Trabajador			Antigüedad			Categoría / Puesto			Turno			
Departamento de Adscripción						Subdirección			Dirección			
<input type="checkbox"/> BT		<input type="checkbox"/> L		<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> D		Otro, Especificar:		
Máximo grado de estudios: BT: Bachillerato o Bachillerato Técnico, L: Licenciatura, E: Especialidad, M: Maestría, D: Doctorado												

II. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la Actividad		
Institución Sede		Lugar Sede
Calle y Número	Ciudad y Estado	País

DETALLES DE LA BECA SOLICITADA

III. A) Tipo de Participación

- Ponente
- Asistente
- Alumno

III. B) Tipo de Actividad

- Educación Continua
- Formación de Posgrado
- Formación de Pregrado
- Capacitación
- Otros

C) Periodo de fechas del evento

DE		
DÍA	MES	AÑO
A		
DÍA	MES	AÑO

SELECCIONE EL TIPO DE SOLICITUD DE TIEMPO: Hora Día Semana Mes Año

Especificar la fecha del primer día que no asiste a laborar y fecha del último día que no asistirá a laborar y el número total de días u horas beca

D	M	A
FECHA INICIAL		

D	M	A
FECHA FINAL		

TOTAL DIAS BECA:

TOTAL HORAS BECA:

MARQUE LOS DÍAS HÁBILES QUE NO ASISTIRÁ A SUS LABORES						
L	M	Mi	J	V	S	D

Fecha y lugar de las TRES últimas asistencias a eventos

NOMBRE DEL EVENTO O ACTIVIDAD	TIPO DE PARTICIPACIÓN	FECHA (mes, año)

MOTIVOS POR LOS QUE SOLICITA LA BECA:

BENEFICIOS AL PROGRAMA DE TRABAJO DEL ÁREA A LA QUE PERTENECE EL SOLICITANTE:

BENEFICIOS A LA INSTITUCIÓN:

¿El ó la solicitante replicará los conocimientos adquiridos al concluir su formación?

SI

NO

En caso afirmativo la réplica se realizará en:

En su área de trabajo

ó

En programas de:

Pregrado

Posgrado

Educación Continua

Capacitación

¿De la dirección de área a la que pertenece el solicitante algún integrante ha recibido entrenamiento similar? De ser afirmativo, señalar nombre completo y área de adscripción:

EN LOS TÉRMINOS DEL CAPITULO X SECCIÓN PRIMERA DE LA SUPERACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA.

Solicito día beca-tiempo y confirmo que conozco la fracción XII de los lineamientos de las Condiciones Generales de Trabajo, capítulo X, Sección Primera de la Superación Profesional y Técnica	CORREO ELECTRÓNICO	Hago constar que la ausencia del solicitante no afectará la prestación de servicios o la productividad del Área, asumo las funciones del becado en su ausencia	
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	EXTENSIÓN	JEFE INMEDIATO NOMBRE Y FIRMA	JEFE (A) DE DEPARTAMENTO O SUBDIRECTOR (A) NOMBRE Y FIRMA

PARA USO DE LA COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

() Días Beca / () Hora Beca	() Otro	Periodo:
() Comisión Oficial con Sueldo		En su caso horario:
() Comisión Oficial sin goce de Sueldo)		