**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN**

**GUÍA PARA ELABORAR LA OPINIÓN TÉCNICA JUSTIFICADA DEL EVENTO**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Asunto: Opinión técnica justificada del evento**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN**

**AT’N.: COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN**

**(NOTA: NO ES CARTA DE RECOMENDACIÓN)**

**Nombre del(a) becario(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adscripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Mediante libre redacción, en forma breve y concreta, EMITIR SU OPINIÓN sobre los beneficios que obtendrá el(a) becario(a) al cursar el evento, así como los beneficios en los que redundará para la institución y los usuarios que atiende o atenderá.***

**Al final del escrito añadir la siguiente leyenda:**

***Por lo antes expuesto, no tengo inconveniente en que se le otorgue la beca que solicita.***

**Atentamente:**

**Nombre y firma del(a) Jefe(a) Inmediato(a)**