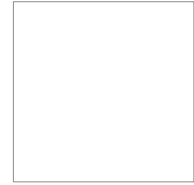




COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ



SOLICITUD DE BECA

No. _____	Fecha: _____
-----------	--------------

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)			
R.F.C.		NACIONALIDAD		MUJER. HOMBRE. INTERSEXUAL					
DOMICILIO:		CALLE		NO. EXTERIOR E INTERIOR		COLONIA		MUNICIPIO	
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			TELÉFONO		

DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN									
CENTRO DE TRABAJO									
DOMICILIO:		CALLE		NO.		COLONIA		MUNICIPIO	
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			TELÉFONO		
PUESTO				CLAVE PRESUPUESTAL					
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO				SUELDO MENSUAL					
FUNCIONES QUE UD. DESEMPEÑA:						_____			

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA DE BASE

Afiliación Sindical (especificar el dato) : _____
--

