

**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:	NO. EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA	MUNICIPIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO

**DATOS LABORALES**

ADSCRIPCIÓN			
CENTRO DE TRABAJO			
DOMICILIO:	CALLE	NO.	COLONIA
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): \_\_\_\_\_



## COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

### DATOS ESCOLARES

PRIMARIA   
PREPARATORIA

SECUNDARIA   
VOCACIONAL

COMERCIAL   
PROFESIONAL

TÉCNICA   
POSGRADO

INGLES \_\_\_\_\_

### TIPO DE BECA SOLICITADA:

- I.- BECA PARA INTERNADO DE PREGRADO
- II.- BECA PARA SERVICIO SOCIAL DE PASANTES
- III.- BECA PARA ESPECIALIDADES
- IV.- BECA PARA ESTUDIOS DE POSGRADO
- V.- BECA PARA CURSOS POSTÉCNICOS
- VI.- BECA PARA ESTUDIOS DE LICENCIATURA
- VII.- BECA PARA ESTUDIOS DE EDUCACIÓN CONTINUA

### DATOS DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN SOLICITADO

NOMBRE DEL EVENTO: _____			
INSTITUCIÓN EN DONDE REALIZARA SUS ESTUDIOS: _____			
SEDE: _____			
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	PAÍS
DURACIÓN TIEMPO PARCIAL O TOTAL		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO

FIRMA DEL INTERESADO	FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO	
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR (JEFE DE JURISDICCIÓN, DIRECTOR DE HOSPITAL O ÁREA)	

COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN O COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN	
NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES	
NOMBRE	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____