

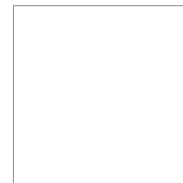


GOBIERNO DEL ESTADO DE
VERACRUZ
2024 - 2030

SS
SECRETARÍA
DE SALUD

SESVER
SERVICIOS DE SALUD
DE VERACRUZ

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) : _____



GOBIERNO DEL ESTADO DE
VERACRUZ
2024 - 2030

SS
SECRETARÍA
DE SALUD

SESVER
SERVICIOS DE SALUD
DE VERACRUZ

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

DATOS ESCOLARES

PRIMARIA

☐

SECUNDARIA

☐

COMERCIAL

☐

TÉCNICA

☐

PREPARATORIA

☐

VOCACIONAL

☐

PROFESIONAL

☐

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

PAIS

DURACIÓN TIEMPO PARCIAL O TOTAL

FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINO

FIRMA DEL INTERESADO

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

PUESTO

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