



GOBIERNO DEL ESTADO DE
VERACRUZ
2024 - 2030

SS
SECRETARÍA DE SALUD

SESVER
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

SOLICITUD DE PRORROGA DE BECA

PRORROGA 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			DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	

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
DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

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 REALIZA SUS ESTUDIOS: _____

SEDE: _____

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

PAIS

DURACIÓN TIEMPO TOTAL DE LA BECA

FECHA DE INICIO DE LA
BECA

FECHA DE TERMINO DE LA BECA

DURACIÓN TIEMPO TOTAL DE LA PRORROGA DE BECA

FECHA DE INICIO DE LA
PRORROGA DE BECA

FECHA DE TERMINO DE LA PRORROGA DE

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

FECHA