



**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
DIRECCION DE INNOVACION Y CALIDAD
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD
COMISION CENTRAL MIXTA DE CAPACITACION**



FORMATO DE SOLICITUD DE BECA

FECHA DE SOLICITUD: _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

DOMICILIO: CALLE _____ COLONIA _____ No. EXTERIOR E INTERIOR _____

TELEFONO _____ MUNICIPIO _____ CIUDAD _____

DATOS LABORALES:

CENTRO DE TRABAJO LUGAR DE ADSCRIPCIÓN

DOMICILIO: CALLE _____ No. _____ COLONIA _____ MUNICIPIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ TELEFONO _____

CLAVE PRESUPUESTAL _____ HORARIO DE TRABAJO _____

PUESTO O FUNCIÓN QUE UD. DESEMPEÑA: _____

NOMBRAMIENTO : BASE _____ HOMOLOGADO _____ - _____

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO _____ ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA BASE _____

DATOS DE LA CAPACITACION:

NOMBRE DEL EVENTO (CURSO, DIPLOMADO, MAESTRÍA O DOCTORADO) _____

INSTITUCION DONDE REALIZARA LOS ESTUDIOS _____

SEDE _____

DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO _____

DURACION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	HORARIO

COMISION AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN:

FIRMA DEL SOLICITANTE	RECIBE SOLICITUD Y EXP. COMPLETO COMISION AUX. (NOMBRE Y FIRMA Y DE QUIEN RECIBE)	VO. BO. REC. HUMANOS (NOMBRE, FIRMA Y PUESTO)	Vo. BO. JEFE INMEDIATO NOMBRE, FIRMA Y PUESTO

En el caso de Solicitudes mayores de 6 meses, deberá integrarse el expediente completo y enviarlo junto a la minuta original de la sesión que corresponda con todas las firmas.