Salud
Secretaría de Salud

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN

SOLICITUD DE BECA

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRE (S)**
R.F.C. (con homoclave)	**NACIONALIDAD**	**SEXO**
DOMICILIO: **CALLE**	**NO. EXTERIOR E INTERIOR**	**COLONIA**
CIUDAD	***ESTADO***	***CÓDIGO POSTAL***
No. TELÉFONO (FIJO Y/O CELULAR)	**CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO)**	

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA UNIDAD DONDE LABORA (CS.CESSA,HOSPITAL, UNIDAD, CENTRO ESTATAL)	
NOMBRE DE LA JURISDICCIÓN A LA QUE PERTENCE LA UNIDAD DONDE LABORA	
NOMBRE DEL PUESTO	**CLAVE PRESUPUESTAL**
JORNADA LABORAL (DÍAS Y HORARIO)	
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	**ANTIGÜEDAD COMO PERSONAL SINDICALIZADA/O**

DATO ACADÉMICO

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS (especificar el documento oficial que lo avala)

DATOS DE BECA A SOLICITAR:

TIPO DE BECA

Seleccione la opción deseada marcandola con una "X"

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

MODALIDAD DE BECA

Seleccione la opción deseada marcandola con una "X"

COMISIÓN OFICIAL ☐ **JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO** ☐ **LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO** ☐

DATOS DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN

NOMBRE DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTE EL EVENTO DE CAPACITACIÓN
DATOS DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN: **MODALIDAD, FECHA DE INICIO Y FECHA DE TÉRMINO**
DATOS DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN: **DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN**
DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTE EL EVENTO DE CAPACITACIÓN: **CALLE, No. INTERIOR Y/O EXTERIOR, COLONIA, CIUDAD, ESTADO, PAÍS**
FIRMA DE LA/EL TRABAJADORA/OR SOLICITANTE