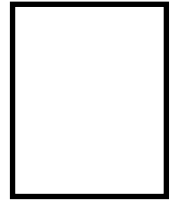




**SECRETARIA DE SALUD**  
**COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN**  
**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR**  
**SECC. 61 DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA S.S.A**



**SOLICITUD DE BECA**



No. _____	FECHA. _____
-----------	--------------

PROPUESTO POR: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
R.F.C.		NACIONALIDAD		SEXO	
DOMICILIO:	CALLE	No. EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO		

**DATOS LABORALES**

ADSCRIPCIÓN					
CENTRO DE TRABAJO					
DOMICILIO:	CALLE	No.	COLONIA	DELEGACIÓN	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO		
PUESTO			CLAVE PRESUPUESTAL		
HORARIO DE TRABAJO			SUELDO MENSUAL		
FUNCIONES QUE USTED DESEMPEÑA: _____					
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO			ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA DE BASE		

## DATOS ESCOLARES

PRIMARIA  SECUNDARIA  COMERCIAL  TÉCNICA

PREPARATORIA  VOCACIONAL  PROFESIONAL  POSTGRADO

OTROS: \_\_\_\_\_

	IDIOMAS	LO HABLA	LO ESCRIBE	LO TRADUCE
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

## TIPO DE BECA SOLICITADA

1. BECA PARA INTERNADO DE PREGRADO
2. BECA PARA SERVICIO SOCIAL DE PASANTES
3. BECA PARA ESPECIALIDADES
4. BECA EN LA ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MÉXICO
5. BECA PARA CURSOS POSTÉCNICOS
6. OTROS

## DATOS DEL CURSO SOLICITADO

NOMBRE DEL EVENTO: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EN DONDE REALIZARA SUS ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

SEDE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

PAÍS

DURACIÓN

FECHA DE INICIO

FECHA DE TÉRMINO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_

PUESTO

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE ADSCRIPCIÓN (13)

COMISIÓN CENTRAL DE CAPACITACIÓN O COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN.  
NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES (14)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**SECRETARIA DE SALUD**  
**COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN**  
**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR**  
**SECC. 61 DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA S.S.A**



**DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS:**

- 1.- SOLICITUD DE BECA DEBIDAMENTE REQUISITADA (ORIGINAL).
- 2.- DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL.
- 3.- OFICIO DE PARTICIPACIÓN POSITIVA EN EL TRABAJO Y ACTIVIDAD SINDICAL, EMITIDA POR LA COMISIÓN CENTRAL O AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN (ORIGINAL).
- 4.- CONSTANCIA DE TRABAJO, EMITIDA POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DONDE CONSTE QUE ES TRABAJADOR DE BASE CON TRES AÑOS MÍNIMO DE ANTIGÜEDAD PARA ESTUDIOS EN TERRITORIO NACIONAL Y CINCO EN EL EXTRANJERO (ORIGINAL).
- 5.- COPIA DEL ÚLTIMO TALÓN DE CHEQUE.
- 6.- \* CARTA DE JUSTIFICACIÓN (EL POR QUE DESEA ESTUDIAR Y QUE BENEFICIOS OBTENDRÁ LA SECRETARIA DE SALUD).
- 7.- CARTA DE COMPROMISO (ORIGINAL).
- 8.- CERTIFICADO MEDICO.

**DOCUMENTOS ACADÉMICOS:**

- 9.- ACEPTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIARA.
- 10.- CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL EXAMEN NACIONAL (PARA RESIDENCIAS).
- 11.- PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE ESTUDIO.
- 12.- CONSTANCIA DEL ÚLTIMO GRADO ACADÉMICO O TITULO Y CÉDULA PROFESIONAL.
- 13.- CURRICULUM VITAE.

**REQUISITOS PARA PRORROGA DE BECA.**

- 1.- \* SOLICITUD DE PRORROGA SUSCRITA POR EL INTERESADO.
- 2.- CONSTANCIA O NOMBRAMIENTO DE ESTUDIOS DEL AÑO QUE SOLICITA.

\* DIRIGIDA AL DIRECTOR DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO.

**NOTA:** EL ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER SIN ENGARGOLAR.