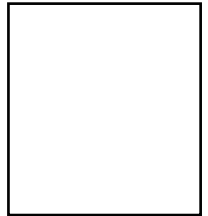




**SERVICIOS DE SALUD DE SINALOA  
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y DESARROLLO PROFESIONAL  
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO  
PROFESIONAL**



**SOLICITUD DE BECA**

No. _____ (1)	FECHA DE SOLICITUD _____ (2)
------------------	------------------------------------

PROPUESTO POR: \_\_\_\_\_  
(3)

***DATOS PERSONALES (4)***

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

***DATOS LABORALES (5)***

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

**DATOS ESCOLARES (6)**

PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
PREPARATORIA	<input type="checkbox"/>	VOCACIONAL	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO	<input type="checkbox"/>

**TIPO DE BECA SOLICITADA (7)**

INTERNADO DE PREGRADO	<input type="checkbox"/>	SERVICIO SOCIAL	<input type="checkbox"/>	ESPECIALIDADES	<input type="checkbox"/>
POSGRADO EN AREA DE LA SALUD	<input type="checkbox"/>	CURSOS POSTÉCNICOS	<input type="checkbox"/>	OTROS ESPECIFICAR	<input type="checkbox"/>

**AUTORIZACIÓN SOLICITADA (8)**

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	COMISIÓN OFICIAL	<input type="checkbox"/>	LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

**DATOS DEL CURSO SOLICITADO (9)**

NOMBRE DEL EVENTO _____				
INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LOS ESTUDIOS _____				
SEDE: _____				
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	PAÍS	
HORARIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO		

_____	_____
FIRMA DEL INTERESADO(10)	FECHA DE ENTREGA DE EXPEDIENTE (11)
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO(12)	PUESTO (13)
_____	
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE ADSCRIPCIÓN(14)	

<b>USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN</b>	<b>USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN</b>
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR	NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR
NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO	NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE SINDICAL	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE SINDICAL
FECHA DE LA SESIÓN:	FECHA DE LA SESIÓN: