



**COMISION CENTRAL MIXTA DE CAPACITACION
DE LA
SECRETARÍA DE SALUD**



SOLICITUD DE BECA



No. _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____ / _____ / _____
COMISION AUXILIAR COMISION CENTRAL COMISION NACIONAL

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES (S)	
R.F.C.		NACIONALIDAD		SEXO	
DOMICILIO:	CALLE	No EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA	DELEGACION	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO		

DATOS LABORALES

ADSCRIPCION					
CENTRO DE TRABAJO			AREA		
DOMICILIO:	CALLE	No	COLONIA	DELEGACION	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO		
PUESTO			CLAVE PRESUPUESTAL		
HORARIO DE TRABAJO			SUELDO MENSUAL		
DESCRIBIR LAS PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESEMPEÑA _____					

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO			ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA DE BASE		

DATOS ESCOLARES

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

