



COMISION NACIONAL MIXTA DE BECAS SOLICITUD DE BECA



DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO SOLICITUD						FECHA DE RECEPCIÓN		
NUM. DELEG.		NUM. PROGRESIVO				DIA	MES	AÑO

DELEGACION	MATRICULA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO		
						DIA	MES	AÑO

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS	CATEGORIA	TIPO DE CONTRATACION	SERVICIO AREA ENFERMERIA	PUESTO O ESPECIALIDAD	ANTIGÜEDAD	HORARIO LABORAL	DIAS DE DESCANSO

DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION	DOMICILIO Y LOCALIDAD DE LA ADSCRIPCION DEL SOLICITANTE	TELEFONO ADSCRIPCION	TELEFONO PARTICULAR

DATOS OFICIALES DEL CURSO

TIPO DE EVENTO	NOMBRE DEL CURSO, EVENTO O CARRERA	GRADO	SEDE DEL CURSO (UNIDAD LOCALIDA O PAIS)	FECHA						
				DEL			AL			
				DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	

DATOS DE LA BECA SOLICITADA

FECHA DE LA ULTIMA BECA SOLICITADA	CLASE DE BECA SOLICITADA	FECHAS SOLICITADAS						DOCUMENTOS ANEXADOS (MENCIONE CADA UNO)					
	<input type="checkbox"/> INTEGRAL <input type="checkbox"/> CON GOCE DE SALARIO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SALARIO <input type="checkbox"/> REDUCCION DE JORNADA	DEL			AL								
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO						

OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL SOLICITANTE	NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION DEL SOLICITANTE, PARA EFECTOS DE COMUNICACIÓN DEL DICTAMEN, EXCLUSIVAMENTE PARA PERSONAL DE CONFIANZA

DICTAMEN DE LA COMISION NACIONAL O SUBCOMISION MIXTA DE BECAS

LUGAR Y FECHA DEL DICTAMEN		
	CD.ISABEL RICO SANCHEZ REPRESENTANTE DEL IMSS	ENF. MA. IRASEMA ESPONDA CRUZ REPRESENTANTE DEL SNTSS