



O. P. D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Solicitud de Beca

1			
Unidad :			
Fecha de recibido por la Comisión :		Fecha de Solicitud :	
Visto bueno del Jefe Inmediato (Nombre, cargo y firma)		Cobertura SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Fecha / /	
Propuesto por :			
2 DATOS DEL ASPIRANTE			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Firma
Domicilio- Calle :			
Colonia :	No. Interior o Exterior :	Teléfono :	
Municipio :	Ciudad :		
3 DATOS LABORALES			
Adscripción :			
Centro de Trabajo :			
No. Empleado :		Horario de trabajo y días laborales :	
Función que usted desempeña :			
Antigüedad en el Puesto :		Antigüedad en Plaza de Base :	

Firma del Trabajador



O. P. D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Solicitud de Beca

REQUISITOS

Solicitud de Beca

Constancia de Trabajo

Aceptación de la Institución donde estudiará

Programa de Actividades

Carta de Justificación

Curriculum Vitae con dos fotografías tamaño infantil

Constancia de último grado académico cursado

4 DATOS ESCOLARES

Primaria

Secundaria

Comercial

Técnica

Preparatoria

Licenciatura

Maestría

Postgrado

Posttécnicos

Doctorado

OTROS: _____

5 TIPO DE BECA SOLICITADA

* Beca para Internado de Pregrado

* Beca para Servicio Social de pasantes

* Beca para Especialidad Médica

* Beca para Postgrados

* Beca para cursos Posttécnicos

* Primaria

* Secundaria

* Preparatoria

* Licenciatura

* Otros (especifique) _____



O. P. D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN
Solicitud de Beca
REQUISITOS

6 DATOS DEL CURSO SOLICITADO		
Nombre del Evento		
Horario del curso o evento y fecha		
Institución en donde realizará sus estudios		
CIUDAD	ESTADO	PAIS
I - COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN (OPINION)		
NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES		
II - DICTAMEN: COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN (Nombre y firma de los representantes)		
III - Vo.Bo. DEL TITULAR DEL O.P.D. S.S.M.Z.		
FUNDAMENTO :		

FECHA DE LA REUNIÓN DONDE SE REVISA ESTA SOLICITUD : _____ / _____ /20_____