



## OPD 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="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha / /	
Propuesto por :			
<b>2 DATOS DEL ASPIRANTE</b>			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Firma
Domicilio- Calle :			
Colonia :	No. Interior o Exterior :	Teléfono :	
Municipio :	Ciudad :		
<b>3 DATOS LABORALES</b>			
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 :	

\* El trabajador se compromete a entregar dentro de los siguientes 5 días posteriores a la beca, la constancia de asistencia al evento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

## OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

### 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) \_\_\_\_\_



## OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

### 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 OPD SSMZ

FUNDAMENTO :

FECHA DE LA REUNIÓN DONDE SE REVISARÁ ESTA SOLICITUD : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

## **REQUISITOS**

- Copia de la credencial de trabajador del OPD SSMZ
- Copia de último recibo de nómina
- Copia de constancia de asistencia al último evento.
- Programa del evento
- Carta de justificación especificando motivo por el cuál desea asistir al curso, cuál es el curso y los días que se tomará, dirigida a la COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y BECAS DEL OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN.
- El trabajador se compromete a entregar dentro de los siguientes 5 días posteriores a la beca, la constancia de asistencia al evento.