

FOLIO:

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE BECAS

FECHA DE SOLICITUD:

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

INSTRUCCIONES:

- Antes de completar este formato, consulte las Bases para solicitar beca en la dirección electrónica: http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/comite_becas.html.
- Anote los datos requeridos en la presente solicitud y al entregarla acompañela de los documentos que detallan el programa y costos (en su caso) de la actividad académica sujeto de esta solicitud.

I. DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
No. Trabajador	Antigüedad	Categoría / Puesto		Turno	
Departamento de Adscripción			Subdirección		Dirección
<input type="checkbox"/> BT	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> D	Otro, Especificar:
Máximo grado de estudios: BT : Bachillerato o Bachillerato Técnico, L : Licenciatura, E : Especialidad, M : Maestría, D : Doctorado					

II. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la Actividad		
Institución Sede	Lugar Sede	
Calle y Número	Ciudad y Estado	País

DETALLES DE LA BECA SOLICITADA

II.A) Tipo de Participación	II.B) Tipo de Actividad	II.C) Periodo de Formación fechas del evento	II.D) Tipo de Solicitud
<input type="checkbox"/> Ponente	<input type="checkbox"/> Educación Continua	DE	<input type="checkbox"/> Viáticos \$
<input type="checkbox"/> Participante	<input type="checkbox"/> Formación de Posgrado	DÍA MES AÑO	<input type="checkbox"/> Transportación \$
<input type="checkbox"/> Alumno	<input type="checkbox"/> Formación de Pregrado	A	<input type="checkbox"/> Inscripción \$
	<input type="checkbox"/> Congreso	DÍA MES AÑO	TOTAL \$
	<input type="checkbox"/> Otros		

SELECCIONE EL TIPO DE SOLICITUD DE TIEMPO: Hora Día Semana Mes Año

Especificar la fecha del primer día que no asiste a laborar y fecha del último día que no asistirá a laborar y el número total de días o horas beca

D	M	A	TOTAL DIAS BECA:		POR FAVOR MARQUE LOS DÍAS HÁBILES QUE NO ASISTIRÁ A SUS LABORES L M Mi J V S D	
FECHA INICIAL			FECHA FINAL			
D			M			A
FECHA INICIAL			FECHA FINAL		TOTAL HORAS BECA:	

Fecha y lugar de las TRES últimas asistencia a eventos científicos o de otra naturaleza

NOMBRE DEL EVENTO O ACTIVIDAD	FECHA (día, mes, año)	¿Recibió apoyo económico?	En caso afirmativo, anotar si fue por parte del INER

MOTIVOS POR LOS QUE SOLICITA LA BECA:

BENEFICIOS AL PROGRAMA DE TRABAJO DEL ÁREA A LA QUE PERTENECE EL SOLICITANTE:

BENEFICIOS A LA INSTITUCIÓN:

¿El ó la solicitante replicará los conocimientos adquiridos al concluir su formación?

SI

NO

En caso afirmativo la réplica se realizará en:

En su área de trabajo

ó

En programas de:

Pregrado

Posgrado

Educación Continua

¿De la dirección de área a la que pertenece el solicitante algún integrante ha recibido entrenamiento similar? De ser afirmativo, señalar nombre completo y área de adscripción:

SOLICITADO POR	CORREO ELECTRÓNICO	JEFE INMEDIATO
NOMBRE Y FIRMA	NÚM. EXTENSIÓN	NOMBRE Y FIRMA

LLENADO EXCLUSIVAMENTE PARA SOLICITUD DE DIAS BECA EN LOS TÉRMINOS DE LA FRACCIÓN III DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DEL COMITÉ DE BECAS REFERENTE A DÍAS BECA:

Solicito día beca y confirmo que conozco la fracción III de los lineamientos de operación del Comité de Becas relacionado con el apartado II de los "Lineamientos internos para regular la relación con fabricantes de medicamentos, distribuidores y otros insumos de la salud"	Acepto asumir y responsabilizarme de las funciones del becado en su ausencia	Hago constar que la ausencia del solicitante no afectará la prestación de servicios o la productividad del Área
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA	JEFE INMEDIATO NOMBRE Y FIRMA

PARA USO DEL COMITÉ DE BECAS

() Días Beca / () Hora Beca	() Viáticos \$	() Transportación \$
() Inscripción:	() Otro	() Total Autorizado \$