

FOLIO:
PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE BECAS

COMITÉ DE BECAS

DÍA	MES	AÑO
------------	------------	------------

FECHA DE SOLICITUD:

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

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 de:	II.D) Tipo de Solicitud	
Ponente	Educación Continua	DE	Viáticos	\$
Participante	Formación de Posgrado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Transportación	\$
	Formación de Pregrado	DÍA MES AÑO		
Alumno	Congreso	A	Inscripción	\$
	Otros	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TOTAL	\$
		DÍA MES AÑO		

Fecha y lugar de la última asistencia a eventos científicos o de otra naturaleza

¿Recibió apoyo económico en esas ocasiones? SI NO
 En caso afirmativo, anotar si fue por parte del INER SI NO

Tiempo Solicitado:

Hora Día Semana Mes Año

DÍA MES AÑO

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		JEFE INMEDIATO
NOMBRE Y FIRMA	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 DIAS 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:	() Viáticos \$	() Transportación \$
() Inscripción:	() Otro	() Total Autorizado \$