

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. JUAN GRAHAM CASASÚS”
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN**

**Requisitos para otorgar Becas para capacitación
1-30 Días**

N a c i o n a l

1. Oficio de solicitud dirigido al Director General del Hospital justificando la asistencia al Curso, Congreso, Jornada, etc., y especificar los beneficios a la Institución, así como, la información del evento, cual, donde, cuando (incluyendo horario) y en que consiste la Beca que solicita.
2. Formato de Solicitud de Beca.
3. Programa o Tríptico del Curso, Jornada, Congreso, etc.
4. Entregar los documentos con 10 (Diez) días hábiles (mínimo) antes de la fecha del Curso, Congreso, Jornada, etc.

Nota: Autoriza el Director General del Hospital.

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. JUAN GRAHAM CASASUS"
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN**

**FORMATO DE SOLICITUD DE BECA MENOR A 30 DIAS
NACIONAL**

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR:	
TURNO LABORAL:	
LUGAR DE ADSCRIPCION EN EL HOSPITAL:	
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR:	
CATEGORIA LABORAL:	
PERSONAL DE: BASE () CONFIANZA () ESTATAL () FEDERAL ()	
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:	
DOMICILIO Y TELEFONO:	
POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO:	
BECA EN SU VARIEDAD DE: COMISION OFICIAL CON GOCE DE SUELDO () COMISION OFICIAL SIN GOCE DE SUELDO () JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO () ESPECIFICAR:	
A FIN DE ASISTIR AL:	
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL :	
POR LO QUE ADJUNTO LA DOCUMENTACION SOLICITADA: 1.- COPIA DEL TRIPTICO O PROGRAMA DEL CURSO, JORNADA, CONGRESO, ETC...., 2.- OFICIO DE JUSTIFICACION DIRIGIDA AL DIRECTOR GRAL. ESPECIFICANDO EL POR QUE DESEA ASISTIR AL CURSO.	

c.c.p. AL INTERESADO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
NOMBRE Y CARGO

FIRMA DEL SUBDIRECTOR
NOMBRE Y CARGO