SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES
COMITÉ TÉCNICO DE SELECCIÓN DE BECARIOS INTERNACIONALES

SOLICITUD DE BECA COMPLEMENTARIA 2017

1. DATOS PERSONALES
Nombre del solicitante

_____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento _____ **Edad** _____ **RFC** _____
dd/mm/aaaa

CURP _____

Lugar de nacimiento **Nacionalidad**

_____ _____
Ciudad Entidad federativa/población país

Sexo _____ **Estado civil** _____ **No. Dependientes económicos** _____

Domicilio

_____
Calle número exterior e interior colonia

_____
Municipio/delegación entidad federativa/población país C.P.

Teléfono casa ( ) _____ **Teléfono oficina ( )** _____

Teléfono celular ( ) _____

correo electrónico 1 _____

correo electrónico 2 _____

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

2. DATOS LABORALES

Institución, Unidad, Dirección General o Dirección General Adjunta a la que pertenece

_____

Dirección de área

_____

Subdirección de área

_____

Departamento

_____

Domicilio

_____

Calle número exterior e interior colonia

_____

Municipio/delegación entidad federativa/población país C.P.

Teléfono (s)

( ) _____

Nombre y Cargo de su Jefe Inmediato

_____

Antigüedad en el puesto **Antigüedad en la Secretaría de Salud**

_____ _____

Funciones que ha desempeñado

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Funciones que actualmente desempeña

Horario de trabajo _____

Sueldo _____

Sobresueldo _____

Compensaciones _____

Otros _____

3. DATOS DE ESCOLARIDAD

Estudios	Fechas	Institución	Certificado o Título
Preparatoria	De A		
Licenciatura	De A		
Posgrado	De A		
Otros	De A		
Otros	De A		

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Idiomas

_____ Habla % _____ Escribe % _____ Lee % _____

_____ Habla % _____ Escribe % _____ Lee % _____

_____ Habla % _____ Escribe % _____ Lee % _____

4. DATOS SOBRE LOS ESTUDIOS A REALIZAR
Nombre del programa de estudios

_____

Institución

_____

Ciudad **País**

_____ _____

Costo total de matrícula (en moneda del país en el que se llevarán a cabo los estudios)

_____

Fecha de Inicio **Fecha de Término** **Duración total**

_____ _____ _____

Grado que obtendrá **¿Cómo se enteró del curso?**

_____ _____

Autoridad que lo propuso para realizar los estudios (Nombre y cargo)

_____

¿Qué espera de los estudios que llevará a cabo?

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Información adicional que desee destacar

AUTORIZO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES A COMPROBAR LOS DATOS ANOTADOS EN ESTA SOLICITUD Y DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO ES VERÍDICA.

ACEPTO LAS BASES DE PARTICIPACIÓN DE LA CONVOCATORIA DE LA BECA COMPLEMENTARIA

Fecha: Día ( ) ***Mes*** ( ) ***Año*** ( )