

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS "Dr. Manuel Martínez Báez"		clave/revisión GCAP-F-01/4
	GESTION PARA LA CAPACITACIÓN		emisión: 08-09-2021
	<b>Solicitud de Inscripción a curso</b>		página 1 de 1
Nombre del curso			
Fecha del evento	modalidad* presencial o en linea		
<b>1. Datos Generales de Institución de Procedencia</b>			
LESP o institucion de procedencia			
Laboratorio de adscripción			
Correo electrónico		Teléfono	
<b>2. Datos del asistente</b>			
Nombre [apellido paterno, materno, nombre (s)]		Firma	
Último grado de estudios (Título y siglas)	<i>Por ejemplo: QFB., Biól., M. en C.</i>		
Cargo que desempeña			
<b>3. Solo para personal de la Red Nacional de Laboratorios</b>			
<b>indicar el motivo de la participación* Dato obligatorio</b>			
Resultado de panel de evaluación		Actualización	Otro
<b>4. Otras instituciones o particulares</b>			
<b>indicar el motivo de la participación* Dato obligatorio</b>			
Actualización		Otro	
<b>5. Documento que adjunta</b>			
<small>Marque con una "X", si elige otro, especifique</small>			
evidencia de pago		Otro	Especificar que documento adjunta
Al inscribirme en el evento de capacitacion, me comprometo a asisitir a la totalidad del mismo ademas de asegurar el correcto uso de las instalaciones, equipos y todo aquello a lo que tenga acceso en mi estancia en las instalaciones.			
VoBo. Jefe inmediato para validar la inscripcion (solo para uso en el INDRE).		nombre	
		firma	
Fecha de entrega de formato a GCAP:			

Fin de la información documentada