



# COMISION NACIONAL MIXTA DE BECAS

## SOLICITUD DE BECA



NUMERO DE SOLICITUD			FECHA DE RECEPCION		
OOAD	AÑO DE SOLICITUD	NUMERO PROGRESIVO	DÍA	MES	AÑO

### DATOS DEL TRABAJADOR

OOAD DE ADSCRIPCIÓN	MATRÍCULA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	FECHA DE NACIMIENTO		
					DÍA	MES	AÑO
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS	CATEGORIA, ESPECIALIDAD JORNADA Y TIPO DE CONTRATACION			ANTIGÜEDAD	HORARIO LABORAL	DIAS DE DESCANSO	
				AÑOS: QNAS:			
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	DOMICILIO Y LOCALIDAD DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN			TELÉFONO DE ADSCRIPCION	TELÉFONO PARTICULAR: TELÉFONO CELULAR: CORREO ELECTRÓNICO:		

### DATOS OFICIALES DEL CURSO O EVENTO OBJETO DE LA SOLICITUD

TIPO DE CURSO A SOLIC Y NUMERO SI LO REQUIERE	NOMBRE DEL CURSO, EVENTO O CARRERA Y GRADO	OOAD Y UNIDAD SEDE DEL CURSO	DEL			AL		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

### DATOS DE LA BECA SOLICITADA

FECHA DE LA ULTIMA BECA AUTORIZADA	CLASE DE LA BECA SOLICITADA (MARQUE "X")	PERIODO SOLICITADO	DOCUMENTOS QUE ANEXA DE ACUERDO AL CURSO (MENCIONE CADA UNO)
DEL	<input type="checkbox"/> INTEGRA	DEL	
	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SALARIO		
AL	<input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SALARIO	AL	
	<input type="checkbox"/> REDUCCION DE JORNADA		
OBSERVACIONES	FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA DE ACUERDO DEL DICTAMEN DE BECA	

### DICTAMEN DE LA COMISION NACIONAL O SUBCOMISION MIXTA DE BECAS

DESCRIPCION DE DICTAMEN:

**“CARTA COMPROMISO POR OTORGAMIENTO DE BECA”**

Derivado de la Solicitud de Beca que estoy interesado(a) en obtener para asistir al curso de: \_\_\_\_\_

y con base a los Lineamientos para el trámite y ditamen de becas, de la Comisión Nacional Mixta de Becas, ME COMPROMETO a cumplir con las siguientes disposiciones, en el entendido que de no ser así, se aplicaran las sanciones que se determinan a continuación, así como las aplicables en materia de becas para la capacitación:

- 1.- Cumplir con las disposiciones de los reglamentos vigentes de las Instituciones en que curse la Beca o lo dispuesto por la Coordinación de Educación en Salud.
- 2.- Registrar mi solicitud de Cambio ante las Comisiones Nacionales o Subcomisiones Mixtas de Bolsa de Trabajo, Cambio de Rama o Escalafón según corresponda a la conclusión de mi formación académica.
- 3.- Concluir el curso satisfactoriamente para el cual se me otorgará la Beca.
- 4.- En caso de que sea dado de baja por causas imputables a mi persona, no podré ser considerado por ningún motivo a otro tipo de Beca por periodo que la normatividad vigente establezca, dependiendo del tipo de beca y las causas de la cancelación.
- 5.- Cuando se trate de una beca íntegra no será autorizada otra del mismo tipo.

**a)** Declaro bajo protesta que los datos aportados son veraces, si fuera necesario y el IMSS me lo solicita, me comprometo a comprobar documentalmente los datos proporcionados. La falsificación de documentos se considera un delito cuando se cause algún perjuicio a la persona, al Estado o se intente obtener algún beneficio.

**b)** Acepto las condiciones del aviso de privacidad de la Representación Sindical ante la Comisión Nacional o Subcomisión Mixta de Becas.

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma**

\_\_\_\_\_  
**Matrícula**

**SELLOS DE LA SUBCOMISIÓN MIXTA DE BECAS**

**SELLOS DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE BECAS**

