

**"SOLICITUD DE APOYO PARA LA CAPACITACIÓN PROFESIONAL"**  
**PERSONAL DE HONORARIOS**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

RECIBIÓ:	<input type="text"/>	NVO. INGRESO:	<input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN:	<input type="checkbox"/>	FOLIO:	<input type="text"/>
FECHA:	<input type="text"/>	INSTITUCIÓN:	<input type="text"/>				
REVISÓ:	<input type="text"/>	MAESTRÍA:	<input type="text"/>				
CAPTURÓ:	<input type="text"/>	DOCTORADO:	<input type="text"/>				

**DATOS DEL TRABAJADOR SOLICITANTE:**

NOMBRE COMPLETO (ANOTAR DE ACUERDO AL REGISTRO DEL ACTA DE NACIMIENTO):		FECHA DE NACIMIENTO:			
<input type="text"/>		DÍA	MES	AÑO	
<input type="text"/>		/	/	/	
DOMICILIO ACTUAL:		SEXO:			
<input type="text"/>		M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, CÓDIGO POSTAL Y LOCALIDAD:					
<input type="text"/>					
TELÉFONO CELULAR Y DE OFICINA					
<input type="text"/>					
R.F.C.	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	<input type="text"/>		
E-MAIL	<input type="text"/>	PROFESIÓN	<input type="text"/>		
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN		CARGO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

PEGA TU  
FOTOGRAFÍA  
AQUÍ

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR:**

NOMBRE:	<input type="text"/>	NO. DE TELÉFONO Y FAX	<input type="text"/>
CARRERA O ESPECIALIDAD:	<input type="text"/>	POSTGRADO:	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO:	<input type="text"/>	SEMESTRE O CUATRIMESTRE A CURSAR:	<input type="text"/>
NOMBRE DEL TITULAR O RESPONSABLE ACADÉMICO:	<input type="text"/>	PROMEDIO INICIAL:	<input type="text"/>
R.F.C.	<input type="text"/>		
INSCRIPCIÓN:	<input type="text"/>	MENSUALIDADES O COSTO POR CRÉDITO:	<input type="text"/>

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica, que cumplo con los requisitos establecidos en la convocatoria, no cuento y no tramitaré beneficio equivalente de tipo económico o en especie otorgado para mi educación por un organismo público o privado durante el tiempo que dure como beneficiario en mis estudios de postgrado. Autorizó a que el personal de la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Administración y Tecnologías de la Información de este Ayuntamiento, verifique los datos asentados en esta solicitud y en caso de encontrar falsedad en los mismos, a que el apoyo se cancele, aun cuando ya se me haya asignado. Al firmar la presente solicitud, manifiesto conocer los derechos y obligaciones asociados al apoyo para la capacitación profesional y me comprometo a cumplir con las responsabilidades que se deriven de mi carácter de beneficiario.

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO SOLICITANTE**

"Este apoyo para la capacitación profesional es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal".