



**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán**
Comisión Mixta de Capacitación
**Solicitud de días académicos para personal
de Base Sindicalizados**



Nombre:	No. Empleado:	Edad:	
Categoría:	Jornada y horario:	Sexo:	
Extensión	Teléfono Particular	Celular	Correo Electrónico:
Último grado de estudios :	Departamento:	Servicio:	

Datos del evento académico

Seleccione el tipo de evento al que asistirá

Curso	Taller	Jornadas	Congreso	Simposium	Seminario
-------	--------	----------	----------	-----------	-----------

Título del Evento: _____ Horario: _____

Fecha del evento: _____ Total Horas del Evento: _____ Días Solicitados: _____

Sede : _____

Domicilio: _____

Determinación de la Comisión Mixta de Capacitación

Autorizado :	No Autorizado :
Observaciones:	
<hr/>	
_____	_____
Firma Autoridad	Firma Sindicato

Declaratoria

Hago constar que los datos que aquí proporciono son verídicos y que me comprometo a entregar la constancia de asistencia al término de este evento académico dentro de los siguientes 10 días naturales a fin de evitar descuentos; así como a respetar las reglas y lineamientos emitidos por la Comisión Mixta de Capacitación del

INCMNSZ

Firma del interesado (a)

Favor de anexar a esta solicitud : Copia del último talón de pago del trabajador Tríptico y/o Programa del evento

Nota:

- Recibido el dictamen no hay modificaciones de fechas y horarios.
- El solicitante deberá recoger y revisar su dictamen en el Departamento de Reclutamiento al 4° día hábil.
- En caso de que la constancia presentada sea como PONENTE, los días académicos quedarán sin efecto.

Formato SDA