



CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE HABILIDADES

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN PARA CAPACITACIÓN

LEER LAS INSTRUCCIONES Y LLENAR CORRECTAMENTE

El (la) que suscribe 1 solicita la inscripción y/o registro al evento 2 a efecto de hacerme acreedor (a) al reconocimiento (constancia). El evento se impartirá en la siguiente fecha del 3. Por lo anterior, me comprometo a:

1. Cumplir el horario establecido de las sesiones.
2. No abandonar el aula antes de que termine cada sesión
3. Participar en todas las actividades que comprende la capacitación.

Atentamente

4

Firma

- 1) NO SE PERMITIRÁ EL ACCESO AL AULA DESPUÉS DE 15 MINUTOS INICIADO EL EVENTO
 2) LAS INSCRIPCIONES SE PODRÁN REALIZAR ÚNICAMENTE A TRAVÉS DE LOS COORDINADORES DE CAPACITACIÓN Y/O RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.
 3) LOS O LAS COORDINADORES (AS) DE CAPACITACIÓN Y/O RECURSOS HUMANOS DEBERÁN CONFIRMAR LA INSCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS CON 5 DÍAS (HÁBILES) DE ANTICIPACIÓN PREVIOS AL EVENTO.
 4) EVENTOS SUJETOS A CANCELACIÓN Y CAMBIOS DE FECHA (DE ACUERDO AL NÚMERO DE PERSONAS INSCRITAS) CON PREVIO AVISO.

DATOS DEL PARTICIPANTE

(ES IMPORTANTE QUE ANOTE CADA UNO DE LOS DATOS QUE SE LE SOLICITAN)

Nombre completo:	<u>5</u>	
ID_Person: (solo mandos medios)		Nombre y Nivel del puesto: <u>6</u>
Código de Maestro de puesto:	<u>7</u>	
Tipo de Servidor/a Público/a:	<input type="checkbox"/> Servidor /a Público/a en Puesto de Carrera <input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/> 7 Boletos <input type="checkbox"/> Rama Médica <input type="checkbox"/> Libre Designación en Transición <input type="checkbox"/> Gabinete de Apoyo <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Operativo/a <input type="checkbox"/> Designación Directa y Puestos de Libre Designación <input type="checkbox"/> Categorías especiales (Eventual)	
Unidad Administrativa y/o Área de Adscripción:	<u>9</u>	Clave de Unidad (UR): <u>300</u> R.F.C: <u>10</u>
Domicilio de oficina:	<u>11</u>	
Teléfono de oficina:	<u>12</u>	
Correo electrónico:	<u>13</u>	

14

Jefe Inmediato
Nombre y Firma

15

Coordinador Administrativo y/o
Responsable de Capacitación
Nombre y Firma

(F-DCO-26)

Fecha de Elaboración:
16