|  |
| --- |
| No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS) |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- DATOS DEL SOLICITANTE \*Con estos datos se elaborará la factura** | | | | |
| NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O RAZÓN SOCIAL SI ES MORAL | | | RFC | |
|  | | |  | |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR/INTERIOR O LETRA | | | | |
|  | | | | |
| COLONIA | MUNICIPIO | LOCALIDAD | | ENTIDAD FEDERATIVA |
|  |  |  | |  |
| CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO | CORREO ELCTRÓNICO | | |
|  |  |  | | |
| **2.- CURSO O TALLER QUE SOLICITITA \* Llene un formato por cada tema de su interés** | | | | |
| ESCRIBA EL NOMBRE DEL CURSO QUE LE INTERESA | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| NOMBRE COMPLETO DE LOS ASISTENTES | | | | |
| 1.- | | 7.- | | |
| 2.- | | 8.- | | |
| 3.- | | 9.- | | |
| 4.- | | 10.- | | |
| 5.- | | 11.- | | |
| 6.- | | 12.- | | |

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DEL CURSO QUE SOLICITA |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE LABORA(N) EL(LOS) ASISTENTE(S) |
|  |
| NOTA |
| * LOS CURSOS SE LLEVARÁN A CABO CON UN CUPO MÍNIMO DE 10 ASISTENTES Y NO MAYOR A 25. * LA CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ EN LAS INSTALACIONES DE ESTA DEPENDENCIA CONFORME AL CALENDARIO ESTABLECIDO. * EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE REQUIERA QUE SE IMPARTA EN OTRO DOMICILIO, EL TRASLADO DEL PONENTE CORRERA A CARGO DEL SOLICITANTE. * CUANDO POR CAUSAS PERSONALES UN PARTICULAR NO ASISTA AL CURSO EN LA FECHA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA Y PAGO DE DERECHOS CORRESPONDIENTE, DEBERÁ SOLICITAR MEDIANTE ESCRITO LA REPROGRAMACIÓN DE ASISTENCIA A RESERVA DE LA DISPONIBILIDAD DE FECHA Y CUPO. |

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? | SI |  | NO |  |

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL |