**SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO**

**DIVISIÓN DE ADMISIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL**

**DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN**

**Vo. Bo. JEFA O JEFE INMEDIATO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del trabajador: | | | No. Empleado: | | |
| Horario laboral: | | | N° de horas que autorizará el jefe inmediato para dedicar a la capacitación: | | |
| Unidad de adscripción: | | | Ext: | | |
| Correo electrónico : | | | | | |
| Nombre de la Capacitación seleccionada de acuerdo a las actividades del puesto que desempeña: | | | | Plataforma virtual: | |
| Fecha de inicio: | Fecha de término: | | | | Horas: |
| Nombre completo del jefe inmediato: | |  | | | |
| Puesto del jefe inmediato: | |  | | | |
| Ext y Correo del jefe inmediato: | |  | | | |
| Fecha de autorización: | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trabajador solicitante | Firmas | Vo. Bo.  Nombre de la o el Jefe inmediato |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sello del área de adscripción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_