|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Delegación | Culiacan  | Fecha de la solicitud |  |

1. Para ser llenado por la persona que solicita el servicio de capacitación
2. Datos del solicitante

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre o razón social |  |
| Domicilio |  |
| Contacto |  |
| Teléfono |  |  | Correo electrónico |  |

1. Información del servicio que se solicita

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del curso que se solicita: |  |
| **Alcance** | **Directivos** | **Mandos medios** | **SPSST1** | **CSH2** | **Trabajadores en general** |
| Puestos o categorías de los trabajadores que participarán en el curso: |  |  |  | X |  |
| Número de trabajadores que participarán en el curso, por puesto o categoría: |  |  |  | 2 |  |

1. Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social
* **Control de gestión**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fechas | Recepción de la solicitud |  |  | Folios | Solicitud del servicio |  |
| Respuesta al solicitante |  |  | Respuesta al solicitante |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Se acepta otorgar el servicio de capacitación | SI |  |  | NO |  |  |

Elaboró

**Ing. Catalina Abigail Lomas Cabrera**

Directora del CRESTCAP