SOLICITUD DE CAPACITACION

Código: FO-RH-29
Revisión: 01 FEB 2020

SOLICITANTE: _____

NOMBRE DEL CURSO(S) _____

_____

INSTRUCTOR INTERNO ☐ EXTERNO ☐

PARTICIPANTES:

NOMBRE COMPLETO	CURP	CENTRO

FECHA INICIO: _____ FECHA DE TERMINO: _____

HORA DE INICIO _____ HORA DE TERMINO _____

COSTO _____ (CURSO EXTERNO) LUGAR: _____

AUTORIZACION: SI ☐
NO ☐

JUSTIFICACION DE LA NO APROBACION:

ELABORADO POR:	APROBADO POR: