

FORMATO DE SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE ESTIMULOS AL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DOCENTE

SOLICITUD AL PROGRAMA DE ESTÍMULOS AL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DOCENTE

FOLIO	
FECHA	

DATOS PERSONALES				
NOMBRE				
DOMICILIO				
TÉLEFONO		R.F.C.		C.U.R.P

DATOS ACADÉMICOS					
PLANTEL					
CLAVE DEL C.T.					
ACADEMIA					
CATEGORIA	HOMOLOGADO	<input type="checkbox"/> ASOCIADO B	<input type="checkbox"/> ASOCIADO C	<input type="checkbox"/> TITULAR A	<input type="checkbox"/> TITULAR B
	CECYT	<input type="checkbox"/> CECYTE I	<input type="checkbox"/> CECYTE II	<input type="checkbox"/> CECYTE III	<input type="checkbox"/> CECYTE IV
JORNADA DE LABORES		<input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO	<input type="checkbox"/> TRES CUARTOS DE TIEMPO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO	
NÚMERO DE HORAS CECYT					
CLAVE DE LA PLAZA			FECHA DE INGRESO AL CECYTE		
HORAS FRENTE A GRUPO POR SEMESTRE					
2008A		2008B		2009A	
CAMPO AL QUE PERTENECE		<input type="checkbox"/> BÁSICO Y PROPEDEÚTICO	<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> AMBOS	
¿ES USTED MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES?					
SI		NO		NIVEL	
¿ES USTED MIEMBRO DEL SISTEMA ESTATAL DE INVESTIGADORES?					
SI		NO		NIVEL	

¿HA PARTICIPADO ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE ESTÍMULOS?				
SI		NO		¿Por qué?
NUEVO INGRESO			RECURRENTE	
NIVEL OBTENIDO			PERIODO	

Firma del Docente