

FORMATO DE SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE ESTÍMULOS 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				
2009A		2009B		2010A
CAMPO AL QUE PERTENECE		<input type="checkbox"/> BÁSICO Y PROPEDEÚTICO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIO		
¿ES USTED MIEMBRO DE ALGUNA ACADEMIA ESTATAL?				
SI		NO		AREA
¿ES USTED MIEMBRO DEL SISTEMA ESTATAL DE INVESTIGADORES?				
SI		NO		NIVEL

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

Firma del Docente