

Nombre del Programa: _____

Para el llenado del Funcionario Público

_____/_____/_____
DÍA / MES / AÑO

Nombre del Servidor Público que solicita la capacitación	
Cargo del Servidor Público	
Nombre de la IPES/Estado	
Municipio/Delegación y Estado	
Fecha y hora propuesta para la capacitación	

Funcionario Público: ___ Federal ___ Estatal ___ Municipal Otro _____

Tipo de enlace: ___ Representación Federal ___ Representación Estatal ___ Representación IPES

 ___ Órgano Interno de Control ___ Órgano Estatal de Control ___ Órgano de Control Interno Municipal

Tipo de capacitación: ___ Teleconferencia ___ Videoconferencia Skype ___ Presencial Otro _____

Firma del Servidor Público
