**Anexo 9. Solicitud de Capacitación de Contraloría Social**

**Periodo: septiembre 2019 - julio 2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Beca de Manutención Veracruz | | | | | Fecha del registro del CCS: | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | Día mes año | |
| Nombre del Servidor Público que solicita la capacitación: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Cargo del Servidor Público: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Dependencia de Procedencia: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Municipio/Delegación y Estado: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Fecha y hora propuesta para la capacitación: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Funcionario Público** | | | | | | | | | | | | | | |
| Federal | |  |  | Municipal | | |  |  |  | |  | | |
| Estatal | |  |  | Otro (Especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  | |  | | |
| Municipal | |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  | |  | | |
| **Tipo de enlace** | | | | | | | | | | | | | | |
| Representación Federal | |  |  | Representación Estatal | | |  |  | Representación Municipal | |  | | |
| Representación IPES | |  |  | Órgano Interno de Control | | |  |  | Órgano Estatal de Control | |  | | |
| Órgano de Control Interno Municipal | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | |
| **Tipo de capacitación** | | | | | | | | | | | | | | |
| Teleconferencia | |  |  | Skipe | | |  |  |  | |  | | |
| Videoconferencia | |  |  | Otra (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  | |  | | |
| Presencial | |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  | |  | | |

|  |
| --- |
| Firma del Servidor Público |

Nota: Este documento deberá ser llenado por el RCS para solicitar capacitación con la Instancia Normativa.