

**SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA**

|  |
| --- |
| No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA DPCRS) |
|  |

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LA **GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES.**

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O COMPUTADORA.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | | | | |
| DENOMINACIÓN COMERCIAL | |  | | | | | | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | | | |
| CALLE | | | | | NÚMERO | | | | COLONIA | | CÓDIGO POSTAL |
|  | | | | | EXT. |  | INT. |  |  | |  |
| MUNICIPIO | | |  | | | | | | ENTIDAD FEDERATIVA |  | |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO | | |  | | | | | | | | |
| TELÉFONO CELULAR | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **2.- CURSO O TALLER QUE SOLICITA**\* Llene un formato por cada tema de su interés | | | | | | | | | | | |
| TEMA (NOMBRE DEL CURSO): | | | |  | | | | | | | |
| FECHA DEL CURSO: |  | | | | | | | MODALIDAD: En línea Presencial | | | |
| NOMBRE COMPLETO DE LOS ASISTENTES | | | | | | | | | | | |
| 1.- | | | | | | | | 6.- | | | |
| 2.- | | | | | | | | 7.- | | | |
| 3.- | | | | | | | | 8.- | | | |
| 4.- | | | | | | | | 9.- | | | |
| 5.- | | | | | | | | 10.- | | | |

|  |
| --- |
| **NOTA** |
| EN CASO DE REQUERIR FACTURA DEBERÁ ANEXAR A SU SOLICITUD COPIA DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL. |

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS? | SI |  | NO |  |

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE |

|  |
| --- |
| PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE SIN COSTO AL **442 212 10 87, EXT 10 Y 23** |

**GUÍA DE LLENADO Y REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL FORMATO DE SOLICITUD DE CAPACITACIÓN SANITARIA**

1

**Datos del establecimiento.**

**Denominación comercial:**

* Es el nombre mediante el cual se identifica el establecimiento comercialmente al público en general.

**Domicilio:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el domicilio fiscal y su número exterior y en caso de contar con número o letra interior, también anotarlo.

**Calle:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la calle en la que se ubica el establecimiento.

**Número:**

* Número exterior y en caso de contar con número o letra interior.

**Colonia**:

* Nombre completo sin abreviaturas de la colonia o equivalente de donde se ubica el establecimiento.

**Código postal**:

* Número completo del código postal que corresponda al establecimiento.

**Municipio:**

* Nombre completo sin abreviaturas de la delegación política o municipio en donde se ubica el establecimiento.

**Entidad federativa**

* Entidad federativa sin abreviaturas en donde se encuentra el establecimiento.

**Nombre del propietario (persona física) o razón social (persona moral):**

* Nombre del propietario en caso de persona física o razón social en caso de persona moral, tal y como se dio de alta ante el (SAT) Servicio de Administración Tributaria. Ejemplo: Juan José Pérez Gómez (si se trata de persona física) o anotar el nombre de la razón social, ejemplo: Distribuidora Mexicana S.A. de C.V. (si se trata de persona moral) Sin usar comillas.

**Teléfono celular:**

* Número telefónico a diez dígitos. *Ejemplo 442 000 0000*.

Es importante que el número de teléfono que proporcione corresponda al solicitante.

**Correo electrónico:**

* Dirección electrónica, email o correo electrónico del solicitante.

2

**Curso o taller que solicita**

**Tema (nombre del curso):**

* De acuerdo con el calendario de cursos ofertados por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, escriba el nombre del curso que sea de su interés (\* Llene un formato por cada tema).

**Fecha del curso:**

* De acuerdo con el calendario de cursos ofertados por la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios anote la fecha programada del curso que sea de su interés.

**Elija la modalidad del curso:**

* Seleccione la modalidad del curso, no sin antes consultar si está disponible en el calendario de cursos ofertados por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

**Nombre completo de los asistentes:**

* Anote el nombre completo de él o los participantes en el curso.

Conforme a la Ley Estatal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, los datos o anexos pueden contener información confidencial, **usted deberá indicar si está de acuerdo o no, en hacerlos públicos.**

**Nombre completo y firma del solicitante:**

* Nombre completo del solicitante y firma autógrafa.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA PERSONA FÍSICA O PERSONA MORAL**

* Formato “Solicitud de capacitación sanitaria” debidamente requisitado de acuerdo a esta guía, en original y copia.
* Comprobante de pago de derechos, cabe señalar que el pago de derechos es por persona y por curso de capacitación.
* Presentar constancia de situación fiscal, solo en caso de requerir factura.