|  |
| --- |
| Nombre: |
| Antigüedad en el puesto: |
| ¿Ha participado en algún servicio de creación de capacidades?  SI ( ) NO ( ) Mencione cual (es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Recibió alguna capacitación en los últimos 6 meses: |

Instrucciones: Conteste de acuerdo a su utilidad

|  |
| --- |
| **REQUIERO CAPACITACION Y/O FORMACIÓN PARA:**  1.- Fortalecer el conocimiento y dominio de las actividades relacionadas con la prestación de servicios de creación de capacidades.  SI ( ) NO ( ) |
| 2.- Organizar mejor mi trabajo para el logro de los objetivos de los servicios.  SI ( ) NO ( ) |
| 3.- Mejorar la comunicación y afianzar las relaciones y trabajo en equipo con mis compañeros(as).  SI ( ) NO ( ) |
| 4.- Mejorar la planeación de las actividades de los servicios de creación de capacidades.  SI ( ) NO ( ) |
| 5.- Mejorar la atención a los solicitantes de los servicios de creación de capacidades.  SI ( ) NO ( ) |
| 6.- Aplicación de estrategias o metodologías para alcanzar objetivos de los servicios de creación de capacidades.  SI ( ) NO ( ) ¿Qué Iniciativa propones para lograr los objetivos?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7.- Conocer los lineamientos y normatividad que se aplica en general a los servicios de creación de capacidades  SI ( ) Ya los conozco ( ) |
| 8.- De las respuestas afirmativas y con base a sus roles dentro de los grupos de trabajo, anote a su criterio la formación que usted requiere (capacitación, participación en proyectos de investigación, lecturas dirigidas, asesorías, cursos, asistencia a foros relacionados o académicos): |

Sección exclusiva para el Jefe del LANCIS:

|  |
| --- |
| Aprueba la formación solicitada:  SI ( ) NO ( ) Nombre y firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *En caso de ser NO, indique las razones:* |