

Formato de Detección de Necesidades de Capacitación

Código F_02
Revisión 01
Fecha 14.02.22



**Coordinación de Planeación
para el Desarrollo del Estado
de Michoacán de Ocampo**

GOBIERNO DE MICHOACÁN

Nombre del colaborador

Nombre del puesto

Área a la que pertenece

Principales funciones o actividades

TEMA SOLICITADO	¿POR QUÉ LO NECESITAS?	OBSERVACIONES

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

Firma