

LOGOTIPO O  
MEMBRETE  
DE LA INSTITUCIÓN

Mexicali, B.C. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**ASUNTO:** Solicitud para cursos de capacitación en materia de Protección Civil.

**CAP. RENE SALVADOR ROSADO  
SECRETARIO TÉCNICO DE LA UNIDAD  
MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL  
MEXICALI, B.C.  
PRESENTE**

Por medio de este conducto me dirijo a Usted para solicitar los siguientes cursos de capacitación: \*Evacuación, \*Resguardo y Búsqueda, \*Rescate.

**1.- Nombre del Solicitante:**

\_\_\_\_\_  
(Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

**2.- Nombre del Propietario y/o representante legal:**

\_\_\_\_\_  
(Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

**3.- Nombre de la Institución:**

**4.- Tipo de Institución:**

Estancia con registro en IMSS	
Estancia con registro DIF	
Estancia con registro en ISSSTE	
Estancia con registro SEDESOL	
Centro de rehabilitación (adicciones)	
Centro de rehabilitación terapéutico	
Centro geriátrico (asilos)	
Centro de atención a migrantes	
Sector Gobierno	
Particular	

**5.- Nombre de la Empresa:**

**6.- Giro de la Empresa:**

Servicios (especificar):	
Maquiladora	
Metal mecánica	
Electrónica	
Aeronáutica	
Comercio	
Sector salud	
Empresas de entretenimiento	
Otros (especificar):	

**7.- Domicilio:**

---

(Calle o avenida, número)

---

(Colonia o fraccionamiento)

---

(Código Postal).

**8.- Correo electrónico:**

---

**9.- Teléfono(s):**

---

**10.- Oficio de BISOM:**

Su institución cuenta con el oficio de apoyo que emite BISOM, para la exención de pago Art. 19 de la Ley de Ingresos del Municipio de Mexicali, Baja California, para el ejercicio Fiscal del 2024. 01 Exención de Derechos a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro.

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

**Nota:** en caso de ser afirmativo deberá subir el documento en pdf

**11.- Número total de personas a capacitar.**

---

**12.- Nombre completo de las personas a capacitar.**

Anexar documento en pdf con la relación de personas que serán capacitadas, en número consecutivo y con los datos de Apellido paterno, apellido materno y nombre(s).

**Nombre y Firma del Solicitante**