

FECHA \_\_\_\_\_

NUMERO DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN**

INSTITUTO DESCENTRALIZADO: \_\_\_\_\_

UNIDAD DE CAPACITACIÓN: \_\_\_\_\_

CLAVE CCT: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE DEL ASPIRANTE: \_\_\_\_\_

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_

SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

SEXO: M ( ) H ( ) CURP: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

COLONIA O LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

SOLTERO ( )

CASADO ( )

VIUDO ( )

DIVORCIADO ( )

UNION LIBRE ( )

DISCAPACIDAD QUE PRESENTA:

VISUAL ( )

AUDITIVA ( )

DE COMUNICACIÓN ( )

MOTRIZ ( )

INTELECTUAL ( )

**DATOS GENERALES**

ESPECIALIDAD A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_

GRUPO: \_\_\_\_\_

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:**

( ) COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL EQUIVALENTE

( ) CONSTANCIA DE LA CURP

( ) COMPROBANTE DE DOMICILIO

( ) DOS FOTOGRAFIAS

( ) CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN O DE SALUD

( ) COMPROBANTE DEL ULTIMO GRAO DE ESTUDIOS

**EXTRANJEROS ANEXAR:**

( ) COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA CON LA QUE SE ENCUENTRA EN EL TERRITORIO NACIONAL

EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

PUESTO: \_\_\_\_\_

ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

**NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO**

COMPROBANTE DEL ASPIRANTE

FECHA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

ASPIRANTE: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_

GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE \_\_\_\_\_

SELLO

DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACION

MEDIO POR EL QUE SE ENTERO DEL SISTEMA:

( ) PRENSA

( ) TELEVISION

( ) RADIO

( ) FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES

OTRO, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

MOTIVOS DE ELECCION DEL SISTEMA DE CAPACITACION:

( ) PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE

( ) PARA MEJORAR SU SITUACION EN EL TRABAJO

( ) PARA AHORAR GASTOS AL INGRESO FAMILIAR

( ) POR ESTAR EN ESPERAR DE INGRESAR A OTRA INSTITUTCION EDUCATIVA

( ) POR DISPOSICION DE TIEMPO LIBRE

OTROS, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

EL ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE CAPACITACION

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA  
QUE RECIBE