

FECHA DE SOLICITUD _____

NUMERO DE SOLICITUD _____

DATOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACION

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 FOTOGRAFÍAS

() CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN O DE SALUD

() COMPROBANTE DEL ÚLTIMO GRADO 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

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