

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DATOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

INSTITUTO DESCENTRALIZADO: ICATEZ U.C.: ZACATECAS CLAVE CCT: 32EIC0001B	LUGAR:	FOLIO:
---	--------	--------

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO H () M ()	DELEGACION/ MUNICIPIO
DOMICILIO (CALLE, NUMERO, COLONIA, C.P.)			ESTADO
CUENTA DE CORREO ELECTRONICO	TELEFONO MOVIL	TELEFONO FIJO	
LUGAR DE NACIMIENTO	CURP		
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS			

DATOS GENERALES

ESPECIALIDAD	CLAVE DEL CURSO	NOMBRE DEL CURSO	
DIAS/HORARIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	
DOCUMENTACION ENTREGADA		DATOS LABORALES	
<input type="checkbox"/> ESTUDIO SOCIOECONÓMICO <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO RECIENTE <input type="checkbox"/> CURP <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO ACTUAL <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DEL ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS EXTRANJEROS ANEXAR: <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA CON LA QUE SE ENCUENTRA EN TERRITORIO NACIONAL NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO.		¿TRABAJA ACTUALMENTE? SÍ () NO () DONDE TRABAJA: PUESTO: DIRECCIÓN: TELÉFONO: EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE AL TELÉFONO:	
<input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE PAGO: <input type="checkbox"/> Voucher <input type="checkbox"/> Recibo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE BECA: _____ %		DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN ¿MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DE ICATEZ? MOTIVOS DE LA ELECCIÓN ICATEZ: ¿HA RECIBIDO OTRO CURSO O TALLER EN EL ICATEZ? SÍ () NO ()	
LLENADO POR: CONTROL ESCOLAR	NÚMERO DE CONTROL ESCOLAR:		
RANGO DE EDAD	DISCAPACIDAD	GRUPOS VULNERABLES	ESTADO CIVIL
<15	VISUAL	ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE	CASADO (A)
15-19	MOTRIZ	MUJERES JEFAS DE FAMILIA	SOLTERO (A)
20-24	AUDITIVA	INDIGENTES	VIUDO (A)
25-34	INTELECTUAL	CERESOS	UNIÓN LIBRE
35-44	COMUNICACIÓN	TERCERA EDAD	DIVORCIADO (A)
45-54		MIGRANTES	
55-64	EL ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN.		
65 +			

FIRMA DEL ASPIRANTE

FIRMA DE LA PERSONA QUE SUSCRIBE