

I.- DATOS DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN (Llenado por la Unidad de Capacitación)

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE QUERÉTARO

UNIDAD DE CAPACITACIÓN: _____

CLAVE CCT: _____

II.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD: DÍA MES AÑO NÚMERO DE CONTROL:

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE (S) _____

SEXO: (H) (M) FECHA DE NAC: DÍA MES AÑO EDAD: _____ AÑOS CURP: _____

DOMICILIO: _____ COLONIA O LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN: _____ ESTADO: _____

C.P.: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESTADO CIVIL: () SOLTERO(A) () CASADO(A) () VIUDO(A) () DIVORCIADO(A) () UNIÓN LIBRE

NACIONALIDAD: () MEXICANA () OTRA, ¿CUÁL? _____ HABLA ALGÚN DIALECTO: () NO () SI, ¿CUÁL? _____

DISCAPACIDAD QUE PRESENTA: (D01) NINGUNA (D02) VISUAL (D03) AUDITIVA (D04) MENTAL O INTELECTUAL (D05) DE LENGUAJE O COMUNICACIÓN (D06) MOTRIZ O MÚSCULO ESQUELÉTICO

TIENE DEPENDIENTES ECONÓMICOS: () NO () SI, INDIQUE SU PARENTESCO: () HIJOS () PADRES () HERMANOS () OTROS, ESPECIFIQUE: _____

III.- DATOS GENERALES

ANTERIORMENTE HA ESTADO INSCRITO EN EL ICATEQ: SI () NO ()

ESPECIALIDAD (1) A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: _____ HORARIO: _____

ESPECIALIDAD (2) A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: _____ HORARIO: _____

ESPECIALIDAD (3) A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: _____ HORARIO: _____

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA ENTREGADA: _____ DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PROPORCIONADA: _____

- () COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL EQUIVALENTE
- () COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO ACTUAL
- () DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL RECIENTES
- () COPIA DE LA CONSTANCIA CURP
- () COPIA DE COMPROBANTE DE ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS
- () CREDENCIAL DE ELECTOR O LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE

A EXTRANJEROS ANEXAR:

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

IV.- DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

MARQUE EL PRINCIPAL MEDIO POR EL QUE SE ENTERO DEL INSTITUTO:

- (E01) RADIO (E02) PRENSA (E03) TELEVISIÓN (E04) CINE (E05) CARRO SONORO (E06) FOLLETOS (E07) TRÍPTICOS (E08) VOLANTES (E09) CARTELES (E10) AMIGOS O FAMILIARES (E11) PLÁTICAS O CONFERENCIAS (E12) CONCURSOS (E13) FERIAS O EXPOSICIONES (E14) INTERNET (E15) OTRO, ¿CUÁL?: _____

INDIQUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE ELIGIÓ CAPACITARSE EN EL ICATEQ:

- (M01) PARA EMPLEARSE (M02) PARA AUTO EMPLEARSE (M03) POR ESTAR EN ESPERA DE INCORPORARSE A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (M04) PARA MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO (M05) PARA AHORRAR GASTOS AL INGRESO FAMILIAR (M06) POR DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE (M07) OTROS, ESPECIFIQUE: _____

ESCOLARIDAD (MARQUE DE ACUERDO A SU ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS OFICIALES):

- (C01) PRIMARIA INCOMPLETA (C02) PRIMARIA TERMINADA (C03) SECUNDARIA INCOMPLETA (C04) SECUNDARIA TERMINADA (C05) BACHILLERATO INCOMPLETO (C06) BACHILLERATO TERMINADO (C07) LICENCIATURA INCOMPLETA (C08) LICENCIATURA TERMINADA (C09) POSGRADO

OCUPACIÓN ACTUAL:

- (OC1) EMPLEADO (OC2) OBRERO (OC3) JORNALERO O PEÓN (OC4) TRABAJADOR POR SU CUENTA (OC5) PATRÓN O EMPRESARIO (OC6) TRABAJO FAMILIAR SIN SALARIO (OC7) ESTUDIANTE (OC8) OTRA

V.- DATOS LABORALES

¿TIENE EXPERIENCIA LABORAL? () NO () SI, ¿CUÁNTOS AÑOS? _____ ¿TRABAJA ACTUALMENTE? () NO () SI

SI ACTUALMENTE **NO TRABAJA**, CONTINÚE EN EL APARTADO VI "LOCALIZACIÓN DOMICILIAR"

NOMBRE DE LA EMPRESA O CENTRO DE TRABAJO: _____
 PUESTO QUE DESEMPEÑA: _____ ANTIGÜEDAD: _____ AÑOS
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO: _____ CARGO: _____

VI.- LOCALIZACIÓN DOMICILIAR DEL SOLICITANTE

PROPORCIONE MAYORES REFERENCIAS PARA SU LOCALIZACIÓN DOMICILIAR:

ENTRE QUE CALLES SE ENCUENTRA SU DOMICILIO:

1.- _____
 2.- _____

REFERENCIAS PARTICULARES (tiendas, farmacias, señalamientos, etc.):

VII.- REFERENCIAS PERSONALES

PARA CASOS DE URGENCIA, PROPORCIONE DATOS DE UN FAMILIAR O CONOCIDO QUE NO VIVA CON USTED

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

VIII.- DATOS DE SALUD

¿CUENTA CON SERVICIO MÉDICO? () NO () SI, INDIQUE CUAL: () IMSS () ISSSTE () SEGURO POPULAR

SU ESTADO DE SALUD LO CONSIDERA: () BUENO () REGULAR () MALO

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? () NO () SI, INDIQUE CUAL: _____

¿ESTA TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? () NO () SI, INDIQUE CUAL: _____

¿ESTA LLEVANDO ALGÚN TRATAMIENTO? () NO () SI, INDIQUE CUAL: _____

¿CONOCES TU TIPO DE SANGRE? () NO () SI, INDIQUE CUAL: _____

EL ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO

EL ASPIRANTE



COLOQUE AQUÍ
LA FOTOGRAFÍA
DEL ASPIRANTE

NOMBRE Y FIRMA

POR EL ICATEQ

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE

REINSCRIPCIÓN**IX.- ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES (Llene solo los datos que hayan cambiado)**

DOMICILIO: _____
 C.P.: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
 EDAD: _____ AÑOS ESTADO CIVIL: () SOLTERO(A) () CASADO(A) () VIUDO(A) () DIVORCIADO(A) () UNIÓN LIBRE
 DEPENDIENTES ECONÓMICOS: () NINGUNO () HIJOS () PADRES () HERMANOS () OTROS: _____
 ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

X.- CONFIRMACIÓN DE LA REINSCRIPCIÓN

NOMBRE DEL CURSO AL QUE SOLICITA REINSCRIBIRSE:	HORARIO:	FIRMA DEL SOLICITANTE:
1.- _____	_____	_____
2.- _____	_____	_____
3.- _____	_____	_____
4.- _____	_____	_____
5.- _____	_____	_____
6.- _____	_____	_____
7.- _____	_____	_____
8.- _____	_____	_____