

**SOLICITUD DE REGISTRO**

FECHA DE SOLICITUD:	DÍA	MES	AÑO
NUMERO DE REGISTRO:			CONSECUTIVO

Este formato deberá ser llenado por el solicitante usando tinta azul o negra.

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

UNIDAD DE CAPACITACIÓN: \_\_\_\_\_ CLAVE CCT: \_\_\_\_\_

**II.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

GÉNERO: ( H ) ( M )    FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_    EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS    CURP: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CALLE Y NÚMERO \_\_\_\_\_ COLONIA O LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO O DELEGACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TEL. EMERGENCIAS: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: (EC1) SOLTERO(A)    (EC2) CASADO(A)    NACIONALIDAD: (N01) MEXICANA    (N02) OTRA, ¿CUAL? \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD (MARQUE DE ACUERDO A SU ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS OFICIALES CURSADO): \_\_\_\_\_ HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA: \_\_\_\_\_

(C01) PRIMARIA SIN TERMINAR    (C04) SECUNDARIA TERMINADA    (C07) LICENCIATURA SIN TERMINAR    (L01) Si, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

(C02) PRIMARIA TERMINADA    (C05) BACHILLERATO SIN TERMINAR    (C08) LICENCIATURA TERMINADA    (L02) No

(C03) SECUNDARIA SIN TERMINAR    (C06) BACHILLERATO TERMINADO    (C09) ESTUDIOS DE POSGRADO

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: (D01) NINGUNA    (D02) VISUAL    (D03) AUDITIVA    (D04) MENTAL    (D05) DE LENGUAJE    (D06) MOTRIZ

TIENE DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (DP1) NINGUNO    (DP2) HIJOS    (DP3) PADRES    (DP4) HERMANOS    (DP5) OTROS, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**III.- DATOS GENERALES**

HA ESTADO INSCRITO ANTES EN EL ICATEQ?: ( SI ) ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_ ( NO )

INDIQUE Y ESPECIFIQUE LOS SERVICIOS DE SU INTERÉS: (CC) CURSO DE CAPACITACIÓN    (EC) CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS (AS) AMBOS

CUAL(ES): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CURSO DE CAPACITACIÓN O DEL ESTÁNDAR DE COMPETENCIA A EVALUAR

**DOCUMENTACIÓN EN COPIAS ENTREGADAS Y COTEJADAS CON ORIGINALES:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CREDENCIAL DE ELECTOR VIGENTE; O EN SU CASO | <input type="checkbox"/> LICENCIA DE CONDUCIR.                 |
| <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO O PASAPORTE,             | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD.          |
| <input type="checkbox"/> CONSTANCIA CURP,                            | <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE LA CALIDAD MIGRATORIA. |
| <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO ACTUAL.            | <input type="checkbox"/> OTRO: _____                           |
| <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS.    |  |

**IV.- DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN**

**INDIQUE EL PRINCIPAL MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DEL SERVICIO:**

- |                  |                          |                                      |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| (E01) RADIO      | (E04) VEHÍCULO DE SONIDO | (E07) AMIGOS, FAMILIARES O CONOCIDOS | (E10) PÁGINA WEB         |
| (E02) PERIÓDICO  | (E05) VOLANTE            | (E08) PLATICAS O CONFERENCIAS        | (E11) REDES SOCIALES     |
| (E03) TELEVISIÓN | (E06) CARTELES O LONAS   | (E09) FERIAS O EXPOSICIONES          | (E12) CORREO ELECTRÓNICO |

**INDIQUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE DESEA INSCRIBIRSE:**

- |                                  |                                      |                                    |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| (M01) OBTENER UN EMPLEO          | (M03) PARA INICIAR UN NEGOCIO PROPIO | (M05) POR SUPERACIÓN PERSONAL      |
| (M02) PARA MEJORAR EN EL TRABAJO | (M04) PARA CONTINUAR OTROS ESTUDIOS  | (M06) POR DISPONER DE TIEMPO LIBRE |

**INDIQUE SU OCUPACIÓN ACTUAL:**

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

Mediante la presente manifiesto conocer, cumplir y respetar las normas y disposiciones declaradas por las autoridades del Instituto en el reglamento general de servicios de capacitación y certificación de competencias del ICATEQ

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

Con fundamento a los artículos 13 y 14 fracción III inciso b, de la Ley Estatal de Acceso a la Información Gubernamental en el Estado de Querétaro; la unidad de capacitación del ICATEQ es responsable del uso y protección de los datos personales

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO PUBLICO DEL ICATEQ