



FECHA _____

DATOS DEL CENTRO DE CAPACITACION

INSTITUTO: **INSTITUTO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE NAYARIT**
UNIDAD DE CAPACITACION: **TEPIC** CLAVE DEL CCT: **18EIC0001I**

INSCRIPCIÓN: _____ REINSCRIPCIÓN: _____ CAE EXTENSIÓN REGULAR

DATOS PERSONALES

NUM. DE CONTROL: _____

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

SEXO: M () H () CURP: _____ EDAD: _____ TELEFONO _____

DOMICILIO: _____ COLONIA O LOCALIDAD: _____

C.P. _____ MUNICIPIO O DELEGACION: _____ ESTADO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO () UNION LIBRE () JEFA DE FAMILIA SI () NO ()

DISCAPACIDAD QUE PRESENTA:

VISUAL ()

AUDITIVA ()

DE LENGUAJE ()

MOTRIZ O MÚSCULO ESQUELETICO ()

MENTAL ()

DATOS GENERALES

ESPECIALIDAD A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE _____

CURSO _____ HORARIO _____ GRUPO _____

INICIO _____ TERMINO _____ CURSO ANTERIOR _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

- () COPIA CERTIFICA DEL ACTA DE NACIMIENTO
- () CONSTANCIA DE LA CURP
- () INE
- () COMPROBANTE DE DOMICILIO
- () 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL DE FRENTE
- () COMPROBANTE DEL ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS

EMPRESA DONDE TRABAJA:

PUESTO _____
ANTIGÜEDAD _____
DIRECCIÓN _____
TELÉFONO _____

A EXTRANJEROS ANEXAR:

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

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERA 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 ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACION

- () PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE
- () PARA MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO
- () PARA AHORRAR GASTOS AL INGRESO FAMILIAR
- () POR ESTAR EN ESPERA DE INCORPORARSE A OTRA INSTITUCIÓN 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA
QUE RECIBE