



ANVERSO

**SUBSECRETARIA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE CENTROS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO  
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA COMPETENCIA  
OCUPACIONAL  
(SIRD-01)**

FECHA	NUMERO DE SOLICITUD
-------	---------------------

**DATOS DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN**

INSTITUTO DESCENTRALIZADO:

UNIDAD DE CAPACITACIÓN:

CLAVE CCT:

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE DEL SUSTENTANTE:

SEXO: M ( ) F ( ) CURP:

EDAD:

TELÉFONO:

DOMICILIO:

COLONIA O LOCALIDAD:

C.P.:

MUNICIPIO:

ESTADO:

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

DISCAPACIDAD QUE PRESENTA:

VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) DE COMUNICACIÓN ( ) MOTRIZ ( ) INTELECTUAL ( )

**DATOS GENERALES**

CURSO O ESPECIALIDAD DE LA QUE DESEA SU RECONOCIMIENTO OFICIAL:

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

( ) COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL EQUIVALENTE

( ) CONSTANCIA DE LA CURP

( ) COMPROBANTE DE DOMICILIO

( ) COMPROBANTE DE ESTUDIOS

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO.



REVERSO

**DATOS PARA EL CENTRO DE CAPACITACIÓN**

MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DEL SERVICIO:

( ) FACEBOOK ( ) TELEVISIÓN ( ) RADIO ( ) FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES

OTRO, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

MOTIVO O INTERÉS POR EL QUE DESEA OBTENER SU CERTIFICACIÓN:

( ) PARA SUSTENTAR SUS CONOCIMIENTOS CON UN DOCUMENTO OFICIAL

( ) PARA MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO

( ) PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE

OTROS, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

EL SUSTENTANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS  
POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SUSTENTANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE  
RECIBE

**DATOS PARA LA APLICACIÓN**

PERIODO DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN:

HORARIO:

INSTRUCTOR:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INSTRUCTOR