

| | | |
|--|---|----------------------|
| NOMBRE: | | SEXO: |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | HOMBRE () MUJER () |
| NOMBRE(S) | | EDAD: |
| ¿Ha estado usted inscrito anteriormente en el Icatlax? | | SI () No () |
| ¿En que Plantel? | | |
| DOMICILIO: | | |
| CALLE Y No. | COLONIA | LOCALIDAD |
| MUNICIPIO | ESTADO | C.P. |
| TELÉFONO(S) | | |
| CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE: | | |
| SEÑALE TRES CURSOS EN LOS QUE DESEARÍA INSCRIBIRSE, MARCANDO CON UNA X | | |
| 1.- () PRODUCCIÓN ARTESANAL DE ALIMENTOS | 11.- () INFORMÁTICA | |
| 2.- () INSTALACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE SISTEMAS MECATRÓNICOS | 12.- () ASISTENCIA EJECUTIVA | |
| 3.- () CONFECCIÓN INDUSTRIAL DE ROPA | 13.- () ADMINISTRACIÓN | |
| 4.- () SASTRERÍA | 14.- () APLICACIÓN DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS CONTABLES Y FISCALES | |
| 5.- () ARTESANÍAS METÁLICAS | 15.- () ASISTENCIA EDUCATIVA INICIAL Y PREESCOLAR | |
| 6.- () ARTESANÍAS CON FIBRAS TEXTILES | 16.- () ESTILISMO Y DISEÑO DE IMAGEN | |
| 7.- () ARTESANÍAS CON PASTAS, PINTURAS Y ACABADOS | 17.- () CUIDADOS COSMETOLÓGICOS FACIALES Y CORPORALES | |
| 8.- () ELABORACIÓN Y RESTAURACIÓN DE ARTESANÍAS DE MADERA | 18.- () ALIMENTOS Y BEBIDAS | |
| 9.- () SOLDADURA Y PAILERÍA | 19.- () HOTELERÍA | |
| 10.- () USO DE LA LENGUA INGLESA EN DIVERSOS CONTEXTOS | 20.- () GESTIÓN Y VENTA DE SERVICIOS TURÍSTICOS | |
| COMENTARIOS O SUGERENCIAS: | | |

| | |
|--|---|
| CORREO ELECTRÓNICO: | @ |
| ESTADO CIVIL: | () SOLTERO(A) () CASADO(A) () VIUDO(A) () DIVORCIADO(A) () UNIÓN LIBRE |
| DISCAPACIDAD QUE PRESENTA: | () VISUAL () AUDITIVA () DE COMUNICACIÓN () MOTRIZ () INTELECTUAL |
| MEDIO POR EL QUE SE ENTERO DEL SISTEMA: | () PRENSA () TELEVISIÓN () RADIO () FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES |
| OTROS (ESPECIFIQUE): | |
| MOTIVOS DE ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACIÓN: | () PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE |
| () PARA MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO | () PARA AHORRAR GASTOS AL INGRESO FAMILIAR |
| () POR ESTAR EN ESPERA DE INGRESAR A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | () POR DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE |
| OTROS (ESPECIFIQUE): | |
| () MUJERES BUSCADORAS DE EMPLEO | () MUJERES VIOLENTADAS |
| () MIGRANTES | |

ANEXO DE LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
(SID-01)

| | |
|--------------------------------------|---|
| DATOS COMPLEMENTARIOS | |
| PERTENECE A ALGÚN GRUPO VULNERABLE : | SI () NO () |
| SELECCIONE: | MADRE SOLTERA () INDÍGENA () ADULTO MAYOR () |
| | PERSONA CON DISCAPACIDAD () |
| EMPLEABILIDAD: | EMPLEADO (A) () DESEMPLEADO (A) () |

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DEL CORRECTO LLENADO:

UCSACH

24/00987

FECHA _____

NÚMERO DE SOLICITUD _____

| DATOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN | | |
|------------------------------------|----------|-----------------------|
| INSTITUTO DESENTRALIZADO : | TLAXCALA | |
| UNIDAD DE CAPACITACIÓN: | 156 | CLAVE CCT: 29EIC0009G |

| DATOS PERSONALES | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------------|-----------------|
| NOMBRE DEL ASPIRANTE: _____ | | | |
| SEXO: M () H () | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE (S) |
| CURP: _____ | EDAD: _____ | TELÉFONO: _____ | |
| DOMICILIO: _____ | | COLONIA O LOCALIDAD: _____ | |
| C.P.: _____ | MUNICIPIO: _____ | ESTADO: _____ | |
| ESTADO CIVIL: | SOLTERO () | CASADO () | VIUDO () |
| | | DIVORCIADO () | UNION LIBRE () |
| DISCAPACIDAD QUE PRESENTA: | | | |
| VISUAL () | AUDITIVA () | DE COMUNICACIÓN () | |
| MOTRIZ () | INTELLECTUAL () | | |

| DATOS GENERALES | |
|--|------------------|
| ESPECIALIDAD A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: _____ | |
| CURSO: _____ | |
| HORARIO: _____ | GRUPO: _____ |
| ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ | |
| DOCUMENTACIÓN ENTREGADA: | |
| <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTACIÓN LEGAL EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE LA CURP <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> DOS FOTOGRAFÍAS <input type="checkbox"/> CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN O SALUD <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS | |
| EXTRANJEROS ANEXAR: | |
| <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA CON LA QUE SE ENCUENTRA EN TERRITORIO NACIONAL | |
| EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ | PUESTO: _____ |
| ANTIGÜEDAD: _____ | DIRECCIÓN: _____ |
| | TELÉFONO: _____ |
| NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO. | |

CORREO ELECTRÓNICO: _____

COMPROBANTE DEL ASPIRANTE

| | |
|--|----------------------------|
| FECHA: _____ | NÚMERO DE SOLICITUD: _____ |
| ASPIRANTE: _____ | |
| CURSO: _____ | HORARIO: _____ |
| | GRUPO: _____ |
| _____ NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE | |
| _____ SELLO | |

DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

MEDIO POR EL QUE SE ENTERO DEL SISTEMA:

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PRENSA | <input type="checkbox"/> TELEVISIÓN |
| <input type="checkbox"/> RADIO | <input type="checkbox"/> FOLLETOS, CARTELES, VOLATES |

OTRO ESPECIFIQUE: _____

MOTIVOS DE ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACIÓN:

- PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE
- PARA MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO
- PARA AHORRAR GASTOS AL INGRESO FAMILIAR
- POR ESTAR EN ESPERA DE INGRESAR A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
- POR DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE

OTRO ESPECIFIQUE: _____

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

0

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE