

**INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE GUERRERO**  
**INSCRIPCIÓN DE CAPACITANDOS**



<b>Unidad de Capacitación / Acción Móvil:</b>	
<b>Lugar y fecha:</b>	
<b>Nombre del curso:</b>	
<b>Horario del curso:</b>	

<b>NOMBRE (S)</b>		<b>APELLIDO PATERNO</b>		<b>APELLIDO MATERNO</b>	
<b>CURP</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>ENTIDAD DE NACIMIENTO</b>	
				Mujer ( ) Hombre( )	
<b>ESTADO DE RESIDENCIA</b>		<b>MUNICIPIO</b>		<b>LOCALIDAD</b>	
<b>DOMICILIO</b>			<b>C.P.</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	
<b>TELÉFONO DE CASA</b>		<b>TELÉFONO CELULAR</b>		<b>TELÉFONO DE RECADOS</b>	
<b>TELÉFONO DE CASA</b>		<b>TELÉFONO CELULAR</b>		<b>TELÉFONO DE RECADOS</b>	
<b>TELÉFONO DE CASA</b>		<b>TELÉFONO CELULAR</b>		<b>TELÉFONO DE RECADOS</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO TRABAJO</b>		<b>RED SOCIAL</b>	
<b>TIPO DE SANGRE</b>		<b>ENFERMEDAD</b>			<b>¿ES INDÍGENA?</b>
A+ ( ) A- ( ) B+ ( ) B- ( ) O+ ( ) O- ( ) AB+ ( ) AB- ( ) No sabe ( )		Asma( ) Diabetes( ) Epilepsia( ) Hipertensión( ) S. Down( ) Ninguna( ) Otra:_____.			SI ( ) NO ( )
<b>¿CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD? (SELECCIONAR)</b>					
Auditiva ( ) Visual ( ) Mental ( ) Lenguaje ( ) Motriz ( ) Ninguna ( )					
<b>DOCUMENTOS ENTREGADOS EN COPIA FOTOSTÁTICA (SELECCIONAR)</b>					
Comprobante de domicilio ( ) Comprobante de estudios ( ) CURP ( ) Acta de nacimiento ( ) Credencial de elector ( ) Ficha signalectica ( )					
<b>ESCOLARIDAD / ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS</b>		<b>MOTIVO PARA INSCRIBIRSE</b>			
		Emplearse ( ) Autoemplearse ( ) Tiempo libre ( ) Superación personal ( ) Mejorar situación laboral ( ) Incorporación a otra Institución Educativa ( ) Ahorrar gastos ( ) Otro:_____.			
<b>¿ES MIGRANTE?</b>		<b>¿ES MUJER JEFA DE FAMILIA?</b>		<b>¿ESTUDIA ACTUALMENTE?</b>	
SI ( ) NO ( )		SI ( ) NO ( )		SI ( ) NO ( )	
				SI ( )* NO ( )	
<b>*SI TRABAJA ACTUALMENTE, FAVOR DE ANOTAR EN EL REVERSO LOS DATOS DE LA ORGANIZACIÓN DONDE LABORA.</b>					
<b>MOTIVO POR EL QUE NO TRABAJA (SELECCIONAR)</b>					
Estudiante( ) Ama de casa( ) Jubilado / Pensionado( ) Otro:_____.					
<b>¿CUENTA CON SERVICIO MÉDICO?</b>		<b>** FAVOR DE INDICAR QUÉ TIPO DE SERVICIO MÉDICO</b>			
SI ( )** NO ( )					
<b>MEDIO POR EL CÚAL SE ENTERÓ DE ESTE INSTITUTO</b>					
Prensa( ) Radio( ) Televisión( ) Folletos, carteles, volantes( ) Otro:_____.					

*El solicitante se compromete a cumplir con las normas y disposiciones dictadas por las autoridades del instituto.*

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona que recibe

*La autorización del curso queda sujeta al número mínimo de alumnos establecidos institucionalmente, así como, de la disponibilidad presupuestal.*

Consulta nuestro aviso de privacidad integral: <https://transparencia.querrero.gob.mx/wp-content/uploads/2022/07/AVISO-DE-PRIVACIDAD-DE-INSCRIPCION.pdf>

**\* DATOS DE LA ORGANIZACIÓN DONDE LABORA**

**NOMBRE DE LA EMPRESA, ORGANIZACIÓN, INSTITUCIÓN, ETC.**

**ESTADO**

**MUNICIPIO**

**LOCALIDAD**

**DOMICILIO**

**C.P.**

**TELÉFONO**

**FAX**

**CORREO ELECTRÓNICO**

**TIPO DE EMPRESA (SELECCIONE UNA OPCIÓN)**

Empresa privada ( )    Cámara empresarial ( )    Dependencia de Gobierno ( )    Asociación civil ( )  
Institución educativa ( )    Presidencia Municipal ( )    Oficina corporativa ( )  
Plantel ICATEGRO ( )    Domicilio particular ( )    Dirección / Coordinación de empleo ( )

**ELIJA EL RANGO DE TRABAJADORES APRÓXIMADAMENTE**

1-10 Trabajadores( )    10-100 Trabajadores( )    100-250 Trabajadores( )    Más De 250 Trabajadores( )

**R.F.C.**

**PÁGINA WEB**

**HORARIO DE ATENCIÓN**

**NOMBRE DEL ENLACE O CONTACTO**

**TELÉFONO DEL CONTACTO**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO**

**PUESTO QUE DESEMPEÑA**

**ANTIGÜEDAD**