SUBSECRETARIA DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR
DIRECCION GENERAL DE CENTROS DE FORMACION PARA EL TRABAJO
INSTITUTO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO DEL EDO, DE VERACRUZ

STPSP
SECRETARÍA DE TRABAJO, PREVISIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVIDAD

ICATVER
INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE VERACRUZ

SOLICUTUD DE INSCRIPCION (SID-01) HOJA 1

_____ FECHA

_____ NUMERO DE CONTROL

DATOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACION

INSTITUTO DECENTRALIZADO: **ICATVER**

UNIDAD DE CAPACITACION: **UNIDAD PEROTE** CLAVE:30EIC0011K

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ASPIRANTE: _____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre(s)**

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ CURP: _____

SEXO: H ( ) M ( ) R.F.C: _____ TELEFONO: _____ CEL: _____

DOMICILIO: _____ COLONIA: _____

C.P: _____ MUNICIPO: _____ ESTADO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO ( ) CASADA ( ) VIUDO ( ) DIVORCIADO ( ) UNION LIBRE ( )

NACIONALIDAD: _____ E-MAIL: _____

RED SOCIAL: _____ FACEBOOK ( ) TWITTER ( ) OTROS_____

DISCAPACIDAD: VISUAL: ( ) MENTAL ( ) MOTRIZ ( ) LENGUAJE ( ) AUDITIVA ( ) NINGUNA ( )

TIPO DE SANGRE: _____ ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?: _____

¿CUAL?: _____

¿ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO?: _____ ¿CUAL?: _____

¿CUENTA CON ALGUN SERVICIO MEDICO?: _____ ( ) IMSS ( ) ISSSTE

ESPECIALIDAD A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: _____
CURSO: _____
HORARIO: _____

ESCOLARIDAD:

( ) SIN ESCOLARIDAD ( ) PRIMARIA ( ) TEC. O COM.C/PRIMARIA
( ) SECUNDARIA ( ) TEC O COM CON SECUNDARIA ( ) TECNICO PROFESIONAL
( ) BACHILLERATO ( ) NORMALISTA BASICO ( ) NORMALISTA SUPERIOR
( ) PROFESIONISTA ( ) POSTGRADO

DATOS GENERALES

DOCUMENTACION ENTREGADA:

( ) COPIA CERTIFICASA DE ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL EQUIVALENTE
( ) CONSTANCIA DE CURP
( ) 2 FOTOGRAFIAS
( ) COMPROBANTE DE ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS
( ) CREDENCIAL DE IMSS O ISSSTE
( ) COMPROBANTE DE DOMICILIO
( ) CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION DE SALUD
( ) LICENCIA DE MANEJO
( ) CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE)

EXTRAJEROS ANEXAR:
( ) COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA CON LA QUE SE ENCUENTRA EN TERRITORIO NACIONAL

SITUACION LABORAL:
EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ PUESTO: _____

ANTIGÜEDAD: _____ DIRECCION: _____

¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA? _____
¿DE ESTAS, CUANTAS TRABAJAN O HACEN ALGUNA ACTIVIDAD POR LA CUAL GANA DINERO? _____
¿A CUANTO ASCIENDEN LOS INGRESOS MENSUALES?: _____

BIENES Y SERVICIOS CON QUE CUENTA:

( ) LAVADORA DE ROPA
( ) TELEFONO CELULAR
( ) COMPUTADORA PERSONAL
( ) AUTOMOVIL
( ) CALENTADOR DE TANQUE
( ) LINEA TELEFONICA
( ) TELEVISION POR CABLE
( ) ASPIRADORA
( ) TOSTADORA DE PAN
( ) PERSONAS EN SERVICIO DE PLANTA Y/O EVENTUAL

DATOS GENERALES

MEDIO POR EL CUAL SE ENTERO:

( ) RADIO
( ) PRENSA
( ) TELEVISION
( ) OTROS: _____
( ) FOLLETOS, TRIPTICOS, CARTELES, ETC
( ) AMIGOS Y/0 FAMILIARES
( ) CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION DE SALUD

MOTIVOS DE ELECCION DEL SISTEMA DE CAPACITACION:

( ) PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE
( ) PARA AHORRAR GASTOS AL INGRESO FAMILIAR
( ) POR ESTAR EN ESPERA DE INCORPORARSE A OTRA INSTITUCION
( ) OTRO, ESPECIFIQUE: _____
( ) PARA MEJORAR SU SITUACION EN EL TRABAJO
( ) POR DISPOSICION DE TIEMPO LIBRE

SEGURO ESCOLAR:
FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TÉRMINO: _____
No. RECIBO DE PAGO: _____ **NOMBRE DEL BENEFICIARIO** _____
PARENTESCO: _____ **TELEFONO:** _____
DIRECCION: _____
¿QUE OTRO CURSO HA TOMADO CON NOSOTROS?:
_____

EL SOLICITANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DEL CENTRO DE CAPACITACION.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE