

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



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

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

*** 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