

SUBSECRETARIA DE EDUCACIÓN MEDIA Y SUPERIOR DIRECCIÓN GENERAL DE CENTROS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (SID-01)



/ /

			1A	
DATOS D	E LA UNIDAD DE CAF	PACITACIÓN		
INSTITUTO: <u>DE CAPACITACIÓN PARA EL TRAB</u> A	JO DEL ESTADO DE	MORELOS.		
UNIDAD DE CAPACITACIÓN:		CLAVE CCT:		
PAGADO: EXENCIÓN:		PORCENTAJE:		
	DATOS PERSONALE			
		NÚM. DE CONTROL:		
PRIMER APELLIDO SE	GUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
SEXO: M() H() CURP:	EDAD: TEL	L: E-MAIL:	_	
OMICILIO:COLONIA O LOCALIDAD:				
FECHA DE NACIMIENTO.				
C.P.: MUNICIPIO O DELEGA	CIÓN:	ESTADO:	_	
ESTADO CIVIL: SOLTERO ()		CASADO()		
DISCAPACIDAD QUE PRESENTA:				
VISUAL () AL	JDITIVA ()	DE LENGUAJE ()		
MOTRIZ O MÚSCULO ESQUELÉTICO () ME	ENTAL ()			
	DATOS GENERALES	ES		
PLANTEL() ACCIÓN MÓVIL() NOMBRE:				
CURSO: EXT.() REG.() ROCO() CAE()				
HORARIO: DÍAS:				
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS:				
ENTREGAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN EN ORIGINAL Y COPIA FOTOSTÁTICA:				
 () COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIM () COMPROBANTE DEL ÚLTIMO GRADO DE I () CONSTANCIA DE LA CLAVE ÚNICA DE REI () COMPROBANTE DE DOMICILIO. () SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CON LOS DA 	ESTUDIOS, EN CASO GISTRO DE POBLACIO	DE CONTAR CON ÉL.		
A EXTRANJEROS ANEXAR: () COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA	A CON LA QUE SE EN	NCUENTRA EN EL TERRITORIO NACIONAL.		
EMPRESA DONDE TRABAJA:		PUESTO:		
ANTIGÜEDAD: DII	RECCIÓN:		_	
		TELÉFONO:		

Únicamente llenar en caso de pertenec	er alguno de los siguientes grupos:			
MUJERES JEFAS DE FAMILIA	()			
NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONDICIONES DE CALLE ()				
PERSONAS INDÍGENAS ()				
PERSONAS DE LA TERCERA EDAD ()				
PERSONAS MIGRANTES ()				
PERSONAS RECLUIDAS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN SOCIAL (CERESO) ()				
PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES ()				
MENORES RECLUIDOS EN CENTROS DE READAPTACIÓN	()			
DATOS PARA LA UNIDAI	D DE CAPACITACIÓN			
MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DEL SISTEMA:				
() PRENSA	() TELEVISIÓN			
() RADIO	() FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES			
() DE PERSONA A PERSONA	() REINSCRIPCIÓN			
() PÁGINA WEB DEL ICATMOR				
MOTIVOS DE ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACIÓN:				
() PARA EMPLEARSE O AUTOEMPLEARSE				
() PARA MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO				
EL ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICION	NES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN.			
NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE			