

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE CENTROS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO
CECATI 106 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN(SI-01)

FECHA DE INSCRIPCIÓN	NÚMERO DE RECIBO DE PAGO	NÚMERO DE CONTROL	REINSCRITO (SI) (NO)
----------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------

DATOS DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN
ENLACE OPERATIVO: BAJA CALIFORNIA SUR
CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL NÚM. 106 CLAVE CCT: 03DBT0002D

DATOS PERSONALES
NOMBRE DEL ASPIRANTE: _____
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE(S)
SEXO: M () H () CURP _____ EDAD _____ TELÉFONO _____
CORREO ELECTRONICO: _____
DOMICILIO _____ COLONIA O LOCALIDAD _____
C.P. _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ ESTADO _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO () UNIÓN LIBRE ()
DISCAPACIDAD QUE PRESENTA:
VISUAL () AUDITIVA () DE LENGUAJE ()
MOTRIZ O MUSCULO ESQUELETICO () MENTAL O INTELECTUAL ()
TIPO DE SANGRE _____ ALERGICO A: _____

DATOS GENERALES
ESPECIALIDAD A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE: _____
CURSO: _____
HORARIO: _____ GRUPO: _____
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____
DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:
() COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO
() CONSTANCIA DE LA CURP
() COMPROBANTE DE DOMICILIO
() DOS FOTOGRAFÍAS
() COMPROBANTE DEL ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS
A EXTRANJEROS ANEXAR:
() COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA CON LA QUE SE ENCUENTRA EN EL TERRITORIO NACIONAL

EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ PUESTO: _____
ANTIGÜEDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

COMPROBANTE ALUMNO

Fecha de Solicitud: _____ Número de Solicitud: _____
ALUMNO: _____ NÚM. DE CONTROL: _____
CURSO: _____ HORARIO: _____ GRUPO: _____
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE _____ SELLO _____

24 DATOS PARA EL CENTRO DE CAPACITACIÓN

DE QUE BIENES Y SERVICIOS DISFRUTAS

	SI	NO
LAVADORA DE ROPA	()	()
TELEFONO CELULAR	()	()
COMPUTADORA	()	()
AUTOMOVIL	()	()
BOILER	()	()

	SI	NO
LINEA TELEFÓNICA	()	()
TELEVISIÓN POR CABLE	()	()
ASPIRADORA	()	()
TOSTADOR DE PAN	()	()
PERSONAL DE SERVICIO	()	()

PERSONAS QUE VIVEN EN TU CASA _____ A CUANTO ASCIENDE LOS INGRESOS MENSUALES _____

SERVICIO MEDICO CON QUE CUENTA: NINGUNO () ISSSTE () IMSS () OTRO _____

MEDIO POR EL CUÁL SE ENTERÓ DEL SISTEMA:

() PRENSA
() TELEVISIÓN

() RADIO
() FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES

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 INCORPORARSE A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

() POR DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE

OTROS, ESPECIFIQUE _____

EL ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DEL CENTRO

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE