

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (SI)

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS PARA EL LLENADO DEL PLANTEL**

NOMBRE DEL PLANTEL: \_\_\_\_\_ CLAVE DGCFT : \_\_\_\_\_

**DATOS PARA EL LLENADO DEL ASPIRANTE**

CURSO QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_

FECHA SOLICITADA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORARIO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO CURSOS EN EL ICATHI? SI ( ) NO ( )

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ESPECIFIQUE EL AÑO EN QUE LO TOMÓ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CURSO: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEXO: M ( ) F ( ) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
DD / MM / AAAA

ENTIDAD (ESTADO O CIUDAD) DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERO ( ) CASADO ( ) VIUDO ( ) UNIÓN LIBRE ( ) DIVORCIADO ( )

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE NÚMERO COLONIA O LOCALIDAD  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO C.P. ESTADO LADA NÚMERO

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

INDIQUE CUAL ES SU ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS (ÚNICAMENTE DEL QUE TENGA COMPROBANTE): \_\_\_\_\_; ASÍ MISMO, ESPECIFIQUE SI ES:  
COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( )

EN CASO DE SER POSITIVA SU RESPUESTA, ESPECIFIQUE DE QUE TIPO:

CEGUERA ( ) SORDERA ( ) MOTRIZ ( ) INTELECTUAL ( ) AUTISMO ( ) DE LENGUAJE ( ) DISCAPACIDAD  
MÚLTIPLE (dos o más discapacidades) ( ) OTRA (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**SITUACIÓN ECONÓMICA**

¿ES JEFE DE FAMILIA? SI ( ) NO ( )

¿CUÁNTOS DEPENDIENTES TIENE? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES SU INGRESO MENSUAL APROXIMADO?

\$ 750.00 O MENOS ( ) DE \$ 751.00 A \$1,500.00 ( ) DE \$1,501.00 A \$3,000.00 ( ) DE \$ 3,001.00 A \$6,000.00 ( )  
DE \$ 6,001.00 A \$9,000.00 ( ) DE \$ 9,001.00 A 12,000.00 ( ) MAS DE 12,000.00 ( )

¿CUÁL ES EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL APROXIMADO? (suma de los ingresos de los miembros de la familia)

\$ 750.00 O MENOS ( ) DE \$ 751.00 A \$1,500.00 ( ) DE \$1,501.00 A \$3,000.00 ( ) DE \$ 3,001.00 A \$6,000.00 ( )  
DE \$ 6,001.00 A \$9,000.00 ( ) DE \$ 9,001.00 A 12,000.00 ( ) MAS DE 12,000.00 ( )

VIVE EN CASA: PROPIA ( ) RENTADA ( ) CON LOS PADRES ( ) OTRO \_\_\_\_\_

¿CUÁNTAS HABITACIONES TIENE? (no tomar en cuenta la cocina y los baños) \_\_\_\_\_

¿DE QUE MATERIAL ES LA CONSTRUCCIÓN? BLOCK O TABIQUE ( ) MADERA ( ) CARTÓN ( ) ADOBE ( ) PALMA ( )

**¿PARA QUE DESEA CAPACITARSE?**

PARA EMPLEARSE ( )      PARA AUTOEMPLEARSE ( )      POR DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE ( )  
POR ESTAR EN ESPERA DE INGRESAR A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ( )      PARA CREAR UNA EMPRESA ( )  
PARA MEJORAR SU SITUACIÓN LABORAL ( )      PARA ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS ( )

**DE LA SIGUIENTE LISTA, INDIQUE SU PERFIL, CON EL No. CORRESPONDIENTE:** \_\_\_\_\_

1-PROFESIONAL, 2-TÉCNICO, 3-TRABAJADOR DE LA EDUCACIÓN, 4-TRABAJADOR DE ARTE, 5-FUNCIONARIO O DIRECTIVO, 6-TRABAJADOR AGROPECUARIO, 7-INSPECTOR O SUPERVISOR, 8-ARTESANO, 9-OBRAERO, 10-OPERADOR DE MAQUINARIA, 11-AYUDANTES Y SIMILARES, 12-OPERADOR DE TRANSPORTE, 13-OFCINISTA, 14-COMERCIANTE O DEPENDIENTE, 15-TRABAJADOR AMBULANTE, 16-TRABAJADOR EN SERVICIO PÚBLICO (LUZ, AGUA, DRENAJE, TELÉFONO), 17-TRABAJADOR DOMESTICO, 18-PROTECCIÓN Y VIGILANCIA, 19-ESTUDIANTE, 20-AMA DE CASA

**¿CUÁL ES SU SITUACIÓN ACTUAL EN EL TRABAJO?**

EMPLEADO U OBRERO ( )      JORNALERO O PEÓN ( )      TRABAJADOR POR SU CUENTA ( )      DESEMPLEADO ( )  
PATRÓN O EMPRESARIO ( )      TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO ( )      NO ESPECIFICADO ( )

**¿CON QUE EXPERIENCIA LABORAL CUENTA EN LA ACTIVIDAD QUE REALIZA ACTUALMENTE?**

SIN EXPERIENCIA ( )      MENOS DE 1 AÑO ( )      DE 1 A 2 AÑOS ( )      DE 3 A 5 AÑOS ( )      MÁS DE 5 AÑOS ( )

**IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO VULNERABLE AL QUE PERTENECE**

¿ES MADRE SOLTERA? SI ( ) NO ( )  
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO ÉTNICO? SI ( ) NO ( ) ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
¿ES ADOLESCENTE SIN HOGAR? SI ( ) NO ( )  
¿HA SALIDO DEL PAÍS EN BUSCA DE UN MEJOR EMPLEO? SI ( ) NO ( )  
¿ES TRABAJADOR ARTESANO? SI ( ) NO ( ) ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
¿ES TRABAJADOR DEL CAMPO? SI ( ) NO ( )  
¿ES JUBILADO ? SI ( ) NO ( )

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DEL CURSO QUE DESEA TOMAR? OTROS, ESPECIFIQUE:** \_\_\_\_\_

RADIO ( ) PRENSA ( ) T.V. ( ) FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES ( ) PERIFONEO ( ) AMIGOS O FAMILIARES ( )

**FAVOR DE DIBUJAR EL CROQUIS DE LOCALIZACIÓN DE SU DOMICILIO PARTICULAR:**



CENTRO DE SALUD



ESCUELA



PANTEÓN



IGLESIA



TIENDA



PRESIDENCIA



KIOSCO



CASA DEL INTERESADO

**“EL ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL INSTITUTO”**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA SOLICITUD