GOBIERNO DE SONORA
INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE SONORA

ICATSON Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Sonora | Unidad HERMOSILLO 26EIC0055V

R.F.C. ICT 941215 GW8
REG. STPS ICT 9307220013
HERMOSILLO, SONORA.

FECHAS	FOLIO

DATOS PERSONALES

Núm. De Control: _____

_____

Primer apellido Segundo apellido Nombre (s)

Sexo: M ( ) F ( ) CURP: _____ Edad:_____ Teléfono:_____

Domicilio:_____ Colonia:_____

C.P.:_____ Municipio: _____ Estado:_____ Servicio Médico:_____ Tipo Sangre:_____

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Unión Libre ( )

Discapacidad que presenta:

Visual ( ) Auditiva ( ) De lenguaje ( ) Motriz o músculo auditivo ( ) Mental ( )

DATOS GENERALES

Especialidad a la que desea inscribirse: _____

Curso: _____ Tipo de Curso: _____

Horario: _____ Grupo: _____ Último grado de estudios: _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:
( ) Acta de Nacimiento
( ) 2 Fotografías
( ) Último comprobante de estudios
( ) Para extranjeros anexar forma F2-2 (permiso para estudiar) expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
( ) CURP
( ) Comprobante de Domicilio

Ocupación (Marque una opción): ( ) Ama de casa ( ) Estudiante ( ) Empleado ( ) Negocio propio ( ) Jubilado/Pensionado

Empresa donde trabaja: _____Teléfono:_____

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO

DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

Medio por el cual se enteró del instituto: (Marque una opción)

( ) Recomendación Amigos, familiares o instructores
( ) Redes sociales Marque la red social ( ) ( ) ( )
( ) Página web Icatson.edu.mx
( ) Periódico (Nombre del periódico)
( ) Revista (Nombre de la revista)
( ) Televisión (Nombre del canal de televisión)
( ) Perifoneo
( ) Impresos Volantes, trípticos y folletos
( ) Lona publicitaria
( ) Evento Jornada comunitaria, Icatson en tu Colonia, etc.
( ) Otro, Especifique:_____

MOTIVOS PARA LA ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACIÓN:
( ) Para emplearse o autoemplearse
( ) Para ahorrar gastos al ingreso familiar
( ) Por disposición de tiempo libre
( ) Para mejorar su situación en el trabajo
( ) Por estar en espera de incorporarse a otra institución
( ) Otro, Especifique: _____

El solicitante se compromete a cumplir las normas y disposiciones dictadas por las autoridades de la Unidad de Capacitación.

_____
Nombre y firma del solicitante

_____
Nombre y firma de la persona que recibe

UNIDAD HERMOSILLO: PERIMETRAL NORTE S/N. ENTRE SOLIDARIDAD Y PUERTO RICO.
COL ÁLVARO OBREGÓN
TEL. 662-262-9271 WHATSAPP: 662-186-6086

FOLIO RECIBO DE INSCRIPCIÓN