



Centro de Desarrollo Comunitario " Julio Lerma "

Solicitud de Inscripción

Curso:	
--------	--

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

Calle y Número	Colonia	Localidad

Municipio	C.P.	RFC y/o Curp	Folio INE

Teléfono	Género	Estado Civil
	Hombre () Mujer ()	

Nacionalidad	Ocupación	Tipo de Curso

Nombre del Padre o Tutor	Teléfono	Parentesco

Calle y Número	Colonia	Localidad

La Cruz, Elota, Sinaloa, a de del 2018.

Firma de Conformidad del
Socilicitante

Nombre y Firma de la
Persona que Recibe

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

UNIDAD DE CAPACITACIÓN		LUGAR DE CAPACITACIÓN			TIPO DE CURSO	
PLANTEL ELOTA		<input type="checkbox"/> PLANTEL <input type="checkbox"/> EXTENSIÓN	<input type="checkbox"/> UNIDAD MÓVIL	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> CAE	<input type="checkbox"/> ROCO	
CURSO			FECHA DE INSCRIPCIÓN	NÚMERO DE CONTROL		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			NOMBRE(S)	
CALLE Y NÚMERO		COLONIA		LOCALIDAD		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	R.F.C.Y/O CURP	FOLIO CREDENCIAL ELECTOR	TELÉFONO	GÉNERO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	NIVEL ACADÉMICO		SI PERTENECE ALGUNA ETNIA INDIQUE EL NOMBRE DEL GRUPO		
(01) SOLTERO (02) CASADO (03) VIUDO (04) DIVORCIADO (05) UNIÓN LIBRE	(01) MEXICANA (02) EXTRANJERO FECHA DE NACIMIENTO	SI ES NIVEL CONCLUIDO ANOTAR "C", Y SI ES NIVEL INCONCLUSO ANOTAR "I". <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> MEDIO SUPERIOR		PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN <input type="checkbox"/> ISEA		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR				CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN		
TIPO DE CAPACITACIÓN	DISCAPACIDAD	OCUPACIÓN	APORTA PARA EL GASTO FAMILIAR ()			
(01) INDIVIDUAL (02) PROBECAT (03) BECA UNIDAD (04) OTRA BECA	(01) VISUAL (02) AUDITIVA (03) DE LENGUAJE (04) MOTRIZ (05) MENTAL	(01) EMPLEADO (02) ESTUDIANTE (03) JORNALERO O PEÓN (04) EJIDATARIO O COOPERATIVISTA (05) TRABAJADOR POR SU CUENTA (06) PATRÓN O EMPRESARIO	(07) AMA DE CASA (08) OBRERO (09) AGRICULTOR (10) ACUICULTOR (11) SERVIDOR PÚBLICO (12) COMERCIANTE	(13) PROFESIONISTA (14) GANADERO (15) DOCENTE (16) TRANSPORTISTA (17) OTROS (18) DESEMPLEADO		
SI ES TRANSPORTISTA, INDIQUE EL GRUPO O ALIANZA A LA QUE PERTENECE:						
MEDIO DE COMUNICACIÓN POR EL CUAL SE ENTERÓ DEL PROGRAMA		MOTIVO DE ELECCIÓN DEL PROGRAMA		COPIA DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA		
(01) PRENSA (02) RADIO (03) TELEVISIÓN (04) FOLLETO, CARTEL, VOLANTE (05) OTRA PERSONA (06) OTROS, INDIQUE:		(01) EMPLEARSE EN UNA EMPRESA (02) AUTOEMPLEARSE (03) MEJORAR SITUACIÓN EN EL TRABAJO (04) POR DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE (05) OTROS, INDIQUE:		() ACTA DE NACIMIENTO () CREDENCIAL ELECTOR () CARTILLA S.M.N. () LICENCIA CONDUCIR () CREDENCIAL IMSS O ISSSTE () COMPROBANTE DE ESTUDIOS () COMPROBANTE DE DOMICILIO () FOTOGRAFÍAS () CURP () EXTRANJEROS () FORMA F2-2		
DATOS GENERALES DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			GIRO ECONÓMICO			
PUESTO			(01) GUBERNAMENTAL (02) INDUSTRIAL (03) COMERCIO (04) SERVICIOS (05) AGRICULTURA (06) CONSTRUCCIÓN	(07) EDUCATIVO (08) APICULTURA (09) ALIMENTOS (10) MINERÍA (11) ARTESANÍAS (12) GANADERÍA	(13) PESCA (14) FORESTAL (15) ACUICULTURA (16) HORTICULTURA (17) OTROS, INDIQUE:	
CALLE Y NÚMERO		COLONIA		LOCALIDAD		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FECHA DE INGRESO	DIRIGIDO A <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> EMPRESA		
OBSERVACIONES: <input type="checkbox"/> MADRE DE FAMILIA <input type="checkbox"/> JEFA DE FAMILIA						

EL SOLICITANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN.

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE