

HORARIO DEL CURSO: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

| | | |
|-------------|--------|--------|
| SEXO | HOMBRE | [] |
| | MUJER | [] |

ESTADO CIVIL

TIPO DE SANGRE

DIRECCIÓN Y CONTACTO

INFORMACIÓN ADICIONAL

NO ☐ SI ☐

DISCAPACIDADES

| | |
|--------------------|-----|
| ASMA | [] |
| DIABETES | [] |
| EPILEPSIA | [] |
| HIPERTENSIÓN | [] |
| S. DOWN | [] |
| OTRA (ESPECIFIQUE) | [] |
| <hr/> | |
| NINGUNA | [] |

| | |
|-----------------|-----|
| VISUAL | [] |
| AUDITIVA | [] |
| LENGUAJE | [] |
| MOTRIZ/MUSCULAR | [] |
| INTELECTUAL | [] |
| NINGUNA | [] |

MOTIVO PARA INSCRIBIRSE

PARA EMPLEARSE []
 PARA AUTOEMPLEARSE []
 DISPOSICIÓN DE TIEMPO LIBRE []
 MEJORAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO []
 CAPACITARSE PARA INGRESAR A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA []
 SUPERACIÓN PERSONAL []
 OTRO (ESPECIFIQUE) []

¿TRABAJA?

SI []

NO []

MOTIVO POR EL QUE NO TRABAJA

EMPLEADO []
 NEGOCIO PROPIO []
 ESTUDIANTE []
 PERSONA DEDICADA AL HOGAR []
 JUBILADOS O PENSIONADOS []
 INCAPACIDAD PERMANENTE []
 OTRO TIPO DE INACTIVOS []
 NO ENCUENTRA TRABAJO []

**Registre los datos de la empresa donde trabaja en la siguiente sección*

***INFORMACIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO**

NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO

ESTADO

MUNICIPIO

LOCALIDAD

DOMICILIO (Calle/Número/Colonia)

C.P.

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

R.F.C.

PÁGINA WEB

TIPO DE EMPRESA O NEGOCIO

EMPRESA PRIVADA []
 CÁMARA EMPRESARIAL []
 DEPENDENCIA DE GOBIERNO []
 ASOCIACIÓN CIVIL []
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA []
 PRESIDENCIA MUNICIPAL []
 DOMICILIO PARTICULAR []

CANTIDAD DE TRABAJADORES

MICRO (1-10) []
 PEQUEÑA (10-100) []
 MEDIANA (100-250) []
 GRANDE (MÁS DE 250) []