|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TRABAJADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clave Única de Registro de Población | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) 1/  03.4 Instalación y Mantenimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Puesto \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del curso. \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración en horas  5 | Periodo de ejecución: | Año | | | | Mes | | Día | | a | Año | | | | Mes | | Día | |
| 2 | 0 | 2 | 5 | 0 |  |  |  | 2 | 0 | 2 | 5 | 0 |  |  |  |
| Área temática del curso / 6000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del agente capacitador o STPS 3/ / / Fraternidad Migratoria A.C. Registro: Fmi111006-4q2-0013 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.**

Instructor o tutor

EDUARDO MENDIETA ZUÑIGA

Patrón o representante legal 4/

Representante de los trabajadores

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

**INSTRUCCIONES** Llenar a máquina o con letra de molde.

Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx/)

/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx/)

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

 / Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta dcapacitación,adiestramiento y productividad Solo para empresas con más de 50 trabajadore

**LOGOTIPO O SELLO**

**DEL SOLICITANTE**