

FECHA

N°. DE CONTROL

NÚMERO DE SOLICITUD

DATOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN**INSTITUTO:** INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y VINCULACION TECNOLÓGICA DEL ESTADO DE CHIAPAS "ICATECH"**UNIDAD DE CAPACITACIÓN:** **CLAVE CCT:****DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO: OZUNA **SEGUNDO APELLIDO:** CANTORAL **NOMBRE(S):** VICENTA DEL CARMEN

SEXO: MUJER **CURP:** OUCV640323MCSZNC03 **EDAD:** 31 AÑOS **TELÉFONO:** 9612766372

DOMICILIO: ANDADOR 25 MANZANA 15 CASA N° 2 INFONAVITT GRIJALVA 2 SECCIÓN **COLONIA O LOCALIDAD:** INFONAVIT GRIJALVA

C.P.: 29000 **MUNICIPIO:** CHIAPA DE CORZO **ESTADO:** CHIAPAS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

DISCAPACIDAD QUE PRESENTA: NINGUNA

DATOS GENERALES

ESPECIALIDAD A LA QUE DESEAN INSCRIBIRSE: ALIMENTOS Y BEBIDAS

CURSO: MANIPULACIÓN HIGIENICA

HORARIO: 8 PM A 9 PM **GRUPO:**

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

EXTRANJEROS ANEXAR:

EMPRESA DONDE TRABAJA: GURDERÍA **PUESTO:** MAESTRA

ANTIGÜEDAD: **DIRECCIÓN:**

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERA ENTREGARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO.

DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN**MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DEL SISTEMA:****MOTIVOS DE ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACIÓN:**

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

OZUNA CANTORAL VICENTA DEL CARMEN

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

AMAYRANI ORTEGA ESPINOZA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE INSCRIBE

FECHA:		NÚMERO DE SOLICITUD:	
NOMBRE DEL ASPIRANTE:			
CURSO:	HORARIO:	GRUPO:	COSTO:\$
AMAYRANI ORTEGA ESPINOZA			
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE		SELLO	FIRMA DEL ASPIRANTE