

Nombre del Centro de Formación:

♦ Nombre del Curso de interés: _____
♦ Horario: _____ Lugar: _____

N° de Formulario

(EXCLUSIVO USO INTERNO)

Fecha de Inscripción

(Día) (Mes) (Año)

SECCION 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre	1° Nombre			2° Nombre			3° Nombre		
	1° Apellido			2° Apellido			Apellido de Casada		
2. N° Docs.:	21. DUI:			22. NIT:			23. Carné de minoridad		
	24. ISSS:			25. Pasaporte:			26. Otro:		
3. Nacionalidad	3.1. <input type="checkbox"/> Salvadoreña 3.2. <input type="checkbox"/> Extranjera			Si responde "Extranjera" responda 3.3.			3.3. País:		
4. Lugar/fecha nacimiento	4.1. Municipio:			4.2. Departamento:			4.3. Fecha:		
5. Sexo:	1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino			6. Edad _____ (años cumplidos)			7. Cuantas personas integran su grupo familiar: _____		
8. Estado familiar:	1 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a) 3 <input type="checkbox"/> Acompañado 4 <input type="checkbox"/> Divorciado(a) 5 <input type="checkbox"/> Separado(a) 6 <input type="checkbox"/> Viudo(a)								
9. Jefe(a) de hogar	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Compartida			10. Tiene Hijos:			1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
				Si responder "Si" pase a 10.1!			10.1. N° de hijos _____		
11. Se dedica a alguna Profesión u Oficio:		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		11.1 ¿A que Profesión u oficio se dedica? _____					
12. Domicilio:		12.1. Dirección: _____							
12.2. Municipio:		12.3. Departamento:				12.4. Tel. Fijo:			
12.5. Tel. Movil:		12.6. E-mail:							
13. ¿Tiene usted alguna discapacidad permanente?				1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No					
13.1. ¿Cuál discapacidad tiene?				[Conteste en la casilla que corresponda, sólo si tiene alguna o varias dificultades para realizar actividades de la vida diaria]					
1 <input type="checkbox"/> Moverse o caminar				5 <input type="checkbox"/> Hablar					
2 <input type="checkbox"/> Usar sus brazos o manos				6 <input type="checkbox"/> Tiene algún retraso o deficiencia mental					
3 <input type="checkbox"/> Ver, aun usando lentes				7 <input type="checkbox"/> Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo					
4 <input type="checkbox"/> Oír, aun usando aparatos especiales				8 <input type="checkbox"/> Otra limitación permanente. Explique: _____					

SECCION 2. EDUCACIÓN FORMAL Y FORMACIÓN OCUPACIONAL

1. ¿Sabe usted leer y escribir?	1 <input type="checkbox"/> Si	1.1. ¿Sólo lee?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	1.2. ¿Sólo escribe?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	1.3. ¿Sólo firma (firma ó huella)?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
2. ¿Cuál es el último grado de estudio finalizado?	2.1. Educación Básica 1 <input type="checkbox"/> Ninguno 2 <input type="checkbox"/> 1er. G ^{do} . 3 <input type="checkbox"/> 2° G ^{do} . 4 <input type="checkbox"/> 3er. G ^{do} . 5 <input type="checkbox"/> 4° G ^{do} . 6 <input type="checkbox"/> 5° G ^{do} . 7 <input type="checkbox"/> 6° G ^{do} . 8 <input type="checkbox"/> 7° G ^{do} . 9 <input type="checkbox"/> 8° G ^{do} . 10 <input type="checkbox"/> 9° G ^{do} .						
2.2. <input type="checkbox"/> Bachillerato	2.3. <input type="checkbox"/> Tecnológica	2.4. Universitaria	2.5. <input type="checkbox"/> Otra educación formal:	2.6. <input type="checkbox"/> Título o certificado obtenido:			
1 <input type="checkbox"/> Incompleto	1 <input type="checkbox"/> Incompleta	1 <input type="checkbox"/> Incompleta					
2 <input type="checkbox"/> Completo	2 <input type="checkbox"/> Completa	2 <input type="checkbox"/> Completa					
3. ¿Estudia usted actualmente?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	3.1. ¿Hace cuánto tiempo dejó de estudiar?	1 <input type="checkbox"/> 1 año 2 <input type="checkbox"/> 2-3 años 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 años 4 <input type="checkbox"/> NR				
4. ¿Ha recibido antes algún(os) curso(s) de capacitación?		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		(Si responde "No", pase a Sec. 3)			

5. Si, ¿Cuál(es)? Mencione solamente las recibidas los últimos 3 años	¿Lo impartió INSAFORP?	Año	¿El curso le dio beneficios? <small>Si responde Si, conteste pregunta 6. Si responde No, conteste pregunta 7.</small>
1)	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NR
2)	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NR
3)	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NR
Si recibió beneficios como producto de la capacitación, responda 6:			
6. ¿Para que sirvió(eron) la(s) capacitación(es) que recibió? <small>(Puede marcar más de 1)</small>			
1 <input type="checkbox"/> Para obtener un empleo		2 <input type="checkbox"/> Cambiar a un empleo relacionado con la capacitación recibida	
3 <input type="checkbox"/> Para trabajar por cuenta propia		4 <input type="checkbox"/> Obtener otros ingresos por trabajos extras	
5 <input type="checkbox"/> Obtener oportunidades de promoción en mi empleo actual		6 <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Si no recibió beneficios como producto de la capacitación, responda 7:			
7. ¿Por qué cree que no recibió beneficios como producto de la/las capacitación/es?			

SECCION 3. INFORMACIÓN SOBRE SU SITUACIÓN LABORAL	
SECCION 3.1. INFORMACIÓN SOBRE LA OCUPACIÓN ACTUAL <small>(Puede marcar más de 1 casilla)</small>	
1. ¿A qué actividad se dedica usted actualmente?	1 <input type="checkbox"/> Estudia 2 <input type="checkbox"/> Oficios del hogar 3 <input type="checkbox"/> Trabaja 4 <input type="checkbox"/> Busca trabajo 5 <input type="checkbox"/> Otra: _____
2. Si usted trabaja, ¿Qué tipo de trabajo tiene? <small>(Marcar solo una casilla)</small> (Completar sólo en caso de estar trabajando)	
1 <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo 2 <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial 3 <input type="checkbox"/> Empleo temporal	4 <input type="checkbox"/> Negocio familiar 5 <input type="checkbox"/> Independiente o cuenta propia 6 <input type="checkbox"/> Trabajo informal 7 <input type="checkbox"/> Otro: _____
3. ¿En que Sector trabaja? <small>(Marcar solo una casilla, completar sólo en caso de tener un empleo formal)</small>	
1 <input type="checkbox"/> Sector Privado 2 <input type="checkbox"/> Sector Público	

SECCION 3.2. EMPLEO FORMAL ANTERIOR. (Completar sólo en caso de NO estar trabajando)	
1. ¿Ha trabajado antes?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No <small>(Si responde "No", pase a Sección 4)</small>
2. ¿Cuánto tiempo hace que no trabaja?	1 <input type="checkbox"/> 1 año o menos 2 <input type="checkbox"/> 2 años 3 <input type="checkbox"/> 3 años 4 <input type="checkbox"/> Más de 3 años

SECCION 4. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS	
1. ¿Usted recibe ingresos?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
2. ¿De qué manera lo obtiene?	1 <input type="checkbox"/> Trabajo 2 <input type="checkbox"/> Ayuda familiar 3 <input type="checkbox"/> Remesa 4 <input type="checkbox"/> Pensión 5 <input type="checkbox"/> Otra: _____

SECCION 5. EXPECTATIVA Y PERTINENCIA DE LA FORMACIÓN**SECCION 5.1 EXPECTATIVAS RESPECTO A LA FORMACIÓN****1. ¿Qué espera lograr con la capacitación a recibir?** (Puede marcar varios)

- 1 ☐ Obtener oportunidades de promoción en mi empleo actual
2 ☐ Cambiar a un empleo relacionado con la capacitación recibida
3 ☐ Obtener un empleo formal
4 ☐ Trabajar por cuenta propia

5 ☐ Obtener ingresos extras6 ☐ Otro: _____7 ☐ Ninguno**SECCION 5.2 PERTINENCIA DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL****1. Pertinencia del curso que está solicitando con su ocupación actual** (Marcar solo uno)


- 1 ☐ El curso esta relacionado con su trabajo actual
2 ☐ El curso esta relacionado con un nuevo trabajo

SECCION 6. SEGUIMIENTO**IMPORTANTE:** Por favor brinde información de 1 persona, en caso que el INSAFORP necesite ponerse en contacto con usted para un seguimiento de la capacitación.

1. Nombre:			(Si no hay parentesco escribir: Amigo(a))
1.1. Parentesco:			
1.2. Dirección:			
1.3. Municipio:	1.4. Departamento:		
1.5. Tel. Fijo:	1.6. Tel. Movil:	1.7. E-mail:	

Por favor, ocupe este espacio para observaciones o sugerencias que considere útiles:

Gracias por su colaboración

		
Lugar :	Firma interesado(a):	Fecha:
Entrevistó:	Cargo de entrevistador(a):	Firma de entrevistador(a):

Nombre y Firma de Coordinador(a) del Programa
en el Centro de Formación

Sello