



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SOLICITUD DE ESTÍMULO DE CAPACITACIÓN LABORAL

FOTO

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	
Domicilio:		Colonia:	
Teléfono:		Tipo de discapacidad/diagnostico:	
Localidad:		Municipio:	
¿Cuenta con cualquier otro tipo de beca	NO	SI	Cuál?

DATOS DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA:

Nombre(es) de la(s) institución(es) o empresa donde realiza la Capacitación Laboral:	
Domicilio:	Colonia:
Teléfono:	

NOTA: LA SOLICITUD NO DEBERÁ TENER TACHADURAS NI ENMENDADURAS, SERÁ LLENADA DE FORMA DIGITAL O PLUMA Y TIPO DE LETRA DE MOLDE. ESTA SOLICITUD DEBERÁ ESTAR FIRMADA Y SELLADA POR LA DIRECTORA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD ASI COMO CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS. EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD NO GARANTIZA EL OTORGAMIENTO DE LA BECA.

Firma del solicitante o huella digital

Firma y sello del director de DIF Municipal

Lugar _____ día _____ mes _____ año _____



SISTEMA PARA EL
**DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DEL
ESTADO DE SONORA**
GOBIERNO
DE **SONORA**



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SOLICITUD DE ESTÍMULO DE CAPACITACIÓN LABORAL