Hoja1

Instrucciones: Lee cuidadosamente los datos que se te solicitan antes de comenzar a llenar la solicitud. Usar mayúsculas, tinta negra preferentemente, sin errores ni tachaduras. Los datos que manifiestes serán usados en el expediente del programa.

Datos personales del Alumno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nombre Completo Apellido Paterno Apellido Materno

|  |
| --- |
| / / |

Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Edad Sexo CURP

|  |
| --- |
|  |

Tipo de discapacidad

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

¿Toma medicamento? Especifique. Frecuencia con la que toma el medicamento

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

¿Otros medicamentos que toma?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Padecimientos o alergias del usuario, especifique:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Medicamento con el que controla la alergia Frecuencia con la que toma el medicamento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Domicilio: Calle y Número Colonia Municipio

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Estado Teléfono Celular E-Mail

|  |
| --- |
|  |

Escuela de procedencia

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Escuelas que ha cursado

|  |
| --- |
|  |
|  |

Antecedentes laborales o talleres en los que ha recibido capacitación

|  |
| --- |
|  |
|  |

Actividades o deportes que realiza y con qué frecuencia

hoja2

Datos de la Madre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nombre de la Madre o Tutor Edad Ocupación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Teléfono Celular E mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Empresa donde labora Puesto que desempeña Teléfono de Oficina

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\*Domicilio (en caso de ser diferente al del Alumno) Colonia Municipio

Datos del Padre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nombre del Padre o Tutor Edad Ocupación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Teléfono Celular E mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Empresa donde labora Puesto que desempeña Teléfono de Oficina

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\*Domicilio (en caso de ser diferente al del Alumno) Colonia Municipio

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombre y Teléfono de algún familiar o vecino para llamar en caso de emergencia (no celular)

Documentos de identificación:

|  |  |
| --- | --- |
| \* | Lista de Verificación de Requisitos |
|  | Acta de Nacimiento |
|  | Credencial de Discapacidad |
|  | Credencial de Elector |

|  |  |
| --- | --- |
| Declaro que todos los datos asentados son correctos, que estoy de Acuerdo en Asistir a las Reuniones que se convoquen, colaborar con el comportamiento y aprovechamiento de la capacitación y acato de conformidad la legislación con que rige al Centro Ocupacional.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  Nombre completo |  |

Hermosillo, Sonora, México Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* **El llenado de la solicitud no genera derecho de ingreso al Centro Manos a la Vida.**