



**INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE SONORA**

R.F.C. ICT 941215 GW8  
REG. STPS ICT 9307220013  
HERMOSILLO, SONORA.

26EIC0055V

HERMOSILLO

FECHA	FOLIO

**DATOS PERSONALES**

Núm. De Control: \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) CURP: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Servicio Médico: \_\_\_\_\_ Tipo Sangre: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Unión Libre ( )

Discapacidad que presenta:

Visual ( ) Auditiva ( ) De lenguaje ( ) Motriz o músculo auditivo ( ) Mental ( )

**DATOS GENERALES**

Especialidad a la que desea inscribirse: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Tipo de Curso: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Último grado de estudios: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:**

( ) Acta de Nacimiento ( ) CURP  
( ) 2 Fotografías ( ) Comprobante de Domicilio  
( ) Comprobante de Estudios  
( ) Para extranjeros anexar forma F2-2 (permiso para estudiar) expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL Y COPIA PARA SU COTEJO

**DATOS PARA LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN**

Medio por el cual se enteró del sistema:

( ) Facebook ( ) Instagram ( ) Twitter ( ) Prensa ( ) Radio ( ) Televisión ( ) Folletos, carteles, volantes ( ) Otro, Especifique: \_\_\_\_\_

**MOTIVOS PARA LA ELECCIÓN DEL SISTEMA DE CAPACITACIÓN:**

( ) Para emplearse o autoemplearse ( ) Para mejorar su situación en el trabajo  
( ) Para ahorrar gastos al ingreso familiar ( ) Por estar en espera de incorporarse a otra institución  
( ) Por disposición de tiempo libre ( ) Otro, Especifique: \_\_\_\_\_

El solicitante se compromete a cumplir las normas y disposiciones dictadas por las autoridades del plantel.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona que recibe