

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL  
FORMATO 1. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN  
ICA-SCE-SI001

FOTOGRAFÍA

UNIDAD DE CAPACITACIÓN: \_\_\_\_\_  
CLAVE CCT: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

I. DATOS PERSONALES

NÚMERO DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO (SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO, UNIÓN LIBRE)  
SEXO: H ( ) M ( ) NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ CLAVE DE ELECTOR: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE No. EXT No. INT. COLONIA O LOCALIDAD  
CÓDIGO POSTAL MUNICIPIO ESTADO ENTRE QUE CALLES  
OTRA REFERENCIA EN CASO DE NO TENER NOMBRE LAS CALLES DONDE RESIDE  
MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MOVIL: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_  
RED SOCIAL: \_\_\_\_\_ ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_  
DISCAPACIDAD: VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) DE LENGUAJE ( ) MOTRÍZ O M. ESQUELÉTICO ( ) MENTAL ( ) NINGUNA ( )

II. DOCUMENTACIÓN PARA INSCRIPCIÓN

REQUISITOS GENERALES:

- ( ) COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO ( ) CURP ACTUALIZADA  
( ) IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE\* ( ) COMPROBANTE DE DOMICILIO CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A 3 MESES  
( ) COMPROBANTE DE ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS  
( ) 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL

CASOS ESPECÍFICOS:

- ( ) COMPROBANTE DE CALIDAD MIGRATORIA ( ) FORMATO 3. CARTA RESPONSIVA E IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE PADRE, MADRE O TUTOR (MENORES DE EDAD)  
(EXTRANJEROS)

PD: Los documentos se exhibirán en original y copia para su cotejo

III. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Instituto de Capacitación y Adiestramiento para el Trabajo Industrial (ICATI), es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.  
Informo que se me ha dado a conocer el Aviso de Privacidad, así como las finalidades del tratamiento para los cuales se obtienen mis datos, que son abastecimiento del Sistema Integral del Instituto de Capacitación y Adiestramiento para el Trabajo Industrial (SIICATI 2.0).  
Se informa que se podrán realizar transferencias de datos personales, siempre y cuando sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Si desea conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, lo podrá consultar en la página electrónica del Instituto (<https://icati.edomex.gob.mx/aviso-de-privacidad>) y en el conmutador del ICATI: (01 722) 167 94 70.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA O EL ASPIRANTE

ASI MISMO, EL O LA ASPIRANTE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LA NORMAS Y REGLAMENTOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

IV. DATOS LABORALES

TRABAJA: SI ( ) NO ( ) OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

SI TRABAJA SELECCIONE LA OPCIÓN DONDE LABORA Y COMPLEMENTE LOS DATOS QUE SE LE SOLICITEN:

( ) EMPRESA ( ) NEGOCIO PROPIO ( ) ESTABLECIMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Giro: \_\_\_\_\_ Giro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Tiempo laborando: \_\_\_\_\_



**V. SEGUIMIENTO DE EGRESADOS**

DESEA SER VINCULADO AL SECTOR PRODUCTIVO PARA OBTENER UN EMPLEO: SI ( ) NO ( )

*Si la respuesta fue afirmativa seleccione el inciso con el más se identifique*

*Si la respuesta fue negativa seleccione el inciso con el más se identifique*

( ) **A) CONOZCO LA EMPRESA O EMPLEADOR QUE PUEDE CONTRATARME Y APLICAR LA CAPACITACIÓN RECIBIDA**

Nombre de la empresa o empleador: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Puesto deseado: \_\_\_\_\_

( ) **B) NO CONOZCO LA EMPRESA O EMPLEADOR, NI TENGO EL CONTACTO, PERO ME GUSTARÍA TRABAJAR EN:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Giro: \_\_\_\_\_ Puesto deseado: \_\_\_\_\_

( ) **C) CONOZCO A LA PERSONA QUE PUEDE AYUDARME A CONSEGUIR EMPLEO SEGÚN LA CAPACITACIÓN ADQUIRIDA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

( ) **D) NO CONOZCO NI SÉ EN QUE EMPRESA O TRABAJO PUEDO APLICAR LA CAPACITACIÓN ADQUIRIDA**

( ) **A) ESPERA UNA ESCUELA DE NIVEL MEDIO SUPERIOR O SUPERIOR**

Carrera: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Cuando: \_\_\_\_\_

( ) **B) SÓLO DESEA APRENDER O CONTRIBUIR A SU ECONOMÍA PERSONAL O FAMILIAR**

( ) **C) DESEA CAPACITARSE PARA ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO Y AUTOEMPLEARSE**

( ) **D) DESEA CAPACITARSE PARA INCREMENTAR LOS SERVICIOS EN SU NEGOCIO Y AUTOEMPLO**

( ) **E) CUENTA CON UN EMPLEO Y ESTÁ SATISFECHO**

( ) **F) LE INTERESA LA CAPACITACIÓN SERIADA Y TOMARÁ TODOS LOS MODULOS**

( ) **G) AÚN NO DECIDE**

**VI. DATOS PARA LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL**

MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DE NUESTRA CAPACITACIÓN:

( ) PRENSA

( ) RADIO

( ) TELEVISIÓN

( ) FOLLETOS, CARTELES, VOLANTES

( ) OTRO. ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA: NO ( ) SI ( ) ¿A CUÁL? \_\_\_\_\_

**VII. DATOS DE LA CAPACITACIÓN**

No.	Área de capacitación	Curso	Modalidad	Horario	Periodo	No. de recibo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE CONTROL  
ESCOLAR DE LA EDAYO

