

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

SID-01

Nombre del Curso: _____

DATOS DEL PARTICIPANTE

1. Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. Edad: _____

3. CURP: _____

4. Correo electrónico: _____

5. Domicilio particular: _____

Calle

Número

Colonia

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono celular

Teléfono de emergencia

Nombre de Contacto

6. Fecha de nacimiento: _____

7. Lugar de nacimiento: _____

dd / mm / aaaa

8. Sexo:

Mujer

Hombre

9. Estado Civil:

Soltera/Soltero

Casada/Casado

10. Discapacidad que presenta (puede haber más de una):

Ninguna
 Visual

Auditiva
 Lenguaje

Motriz
 Mental

11. Grado máximo de estudios (obligatorio):

Primaria inconclusa
 Primaria terminada
 Secundaria inconclusa
 Secundaria terminada

Preparatoria inconclusa
 Preparatoria terminada
 Licenciatura inconclusa

Licenciatura terminada
 Posgrado
 Sin escolaridad

12. Condición social (puede haber más de una):

Migrante
 Tercera edad +65
 CERESO

Adolescente en situación de calle
 Se autodenomina indígena

Jefa de familia (soltera con hijos)
 Ninguna

DATOS DEL PARTICIPANTE

14. ¿Por qué razón desea tomar este curso? (obligatorio)

- Encontrar trabajo
- Mejorar en el empleo actual
- Iniciar negocio propio
- Superación personal

15. MiPyME Solamente llenar en caso de tener o pertenecer a una MiPyME (-50 empleados)

Nombre (MiPyME) _____

RFC (MiPyME) _____

Número de empleados _____

Giro o actividad _____

Municipio _____

AVISO DE PRIVACIDAD: En cumplimiento a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua y Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, hacemos de su conocimiento que el Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua con domicilio ubicado en la calle Retorno Mario Vargas Llosa No. 104, Complejo Industrial Chihuahua, Chihuahua, Chih., es Responsable del Tratamiento de sus datos personales que están en su posesión. Puedes conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral en la página oficial del Instituto <http://www.icatech.edu.mx> o bien solicitarlo con el(la) Encargado(a) de dar tratamiento a su información personal a cuenta del responsable de la Dirección Académica, con domicilio en la calle Retorno Mario Vargas Llosa No. 104, Complejo Industrial Chihuahua, en la ciudad de Chihuahua, Chih. El área encargada de dar trámite a su solicitud de revocar el consentimiento al tratamiento de su información personal o para ejercer sus derechos ARCO es la Unidad de Transparencia del Instituto, en la misma dirección y al teléfono (614)410-2164 extensión 219, o si deseas contactarlo por e-mail puedes hacerlo a: alba.dominguez@icatech.edu.mx, o bien a través de la plataforma de transparencia <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/>.

Autorizo expresamente de manera informada y voluntaria al Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua (ICATECH), el tratamiento de mis datos personales, conforme a las finalidades establecidas en el aviso de privacidad integral, el cual me fue puesto a disposición.

Nombre y firma del participante titular de los datos personales

Por la presente libero al Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua (ICATECH), a las Unidades de Capacitación, al personal, empleados, directores y jefes de acción, de toda responsabilidad por lesiones, enfermedades, accidentes, que pueda producirme durante o después de mi participación en el curso de capacitación o taller. Confirmo conocer los riesgos inherentes a la práctica de la capacitación, por lo que dispongo del seguro médico necesario para cubrir cualquier eventualidad que se produzca como consecuencia de su ejecución, como lesión, accidente o pérdida a la hora de tomar parte de la impartición de la materia. Al firmar este formulario de exoneración de responsabilidad, estoy de acuerdo en renunciar a los derechos de reclamación por daños y perjuicios por lesiones o accidente que se puedan producir durante mi participación en el curso de capacitación, liberando al Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua (ICATECH) y sus Unidades de Capacitación de cualquier responsabilidad. Doy permiso para ser fotografiado, grabado en video o audio durante cualquiera de los eventos del Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua (ICATECH) y sus Unidades de Capacitación, y que dichas fotografías, videos y cintas de audio puedan ser utilizadas en forma impresa o difusión, por cualquier medio que se considere adecuado para la promoción de los cursos o talleres del Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Chihuahua (ICATECH) y sus Unidades de Capacitación promociones y publicidad. He leído el documento y entiendo completamente su contenido, por lo que, con mi firma, confirmo mi aceptación de los términos y condiciones señalados.

Nombre y firma del participante

La siguiente sección es llenada solamente por personal del ICATECH

Nombre del curso _____

Fecha de inicio: _____ / _____ / _____ **Fecha de término:** _____ / _____ / _____ **Horario:** _____ a _____

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

Unidad de capacitación: _____

Programa: _____ Municipio: _____

Localidad donde se impartió: _____ Aula móvil Si No

Nombre y firma del personal de ICATECH
