

## 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 <sup>+65</sup>  
☐ CERESO

☐ Adolescente en situación de calle  
☐ Se autodenomina indígena

☐ Jefa de familia (soltera con hijos)  
☐ Ninguna

## DATOS DEL PARTICIPANTE

FDI-01

### 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 tus 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](mailto: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. Confirmando 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  Fecha de  Horario:  a   
inicio: dd / mm / aaaa término: dd / mm / aaaa  
Unidad de capacitación:   
Programa:  Municipio   
Localidad donde se impartió:  Aula móvil ☐ Si ☐ No

### Nombre y firma del personal de ICATECH