

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
MAYOR A 15 MENOR A 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:
dd / mm / aaaa

7. Lugar de nacimiento:

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 Preparatoria inconclusa
 Primaria terminada Preparatoria terminada
 Secundaria inconclusa Sin escolaridad
 Secundaria terminada

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

- Migrante Adolescente en situación de calle Hijos Sí No
 Se autodenomina indígena Ninguna
 CERSAI

DATOS DE PADRE / MADRE O TUTOR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
14. Edad: <input type="text"/>	15. CURP: <input type="text"/>	
16. Correo electrónico: <input type="text"/>		
17. Domicilio particular: <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colonia	Calle	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono celular	Teléfono de emergencia	Nombre de Contacto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Fecha de nacimiento: <input type="text"/>	19. Lugar de nacimiento: <input type="text"/>	
dd / mm / aaaa		
20. Sexo: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre	21. Estado Civil: <input type="radio"/> Soltera/Soltero <input type="radio"/> Casada/Casado	

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. Dooy 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.

Por este medio, manifiesto mi total aceptación en cuanto a los términos estipulados por el ICATECH, que organiza la implementación de los cursos y autorizo la participación de mi hijo (a) _____; comprometiéndome a cumplir los lineamientos que los organizadores determinen para el correcto cumplimiento de los objetivos del programa.

EL PADRE / MADRE O TUTOR, ASÍ COMO LA / EL ASPIRANTE, SE COMPROMETEN A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DICTADAS POR LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD.

Nombre y firma del padre, madre o tutor del alumno

Nombre y firma del participante

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, o bien a través de la plataforma de transparencia <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/>.

La siguiente sección es llenada solamente por personal del ICATECH

Nombre del curso <input type="text"/>		
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de término: <input type="text"/>	Horario: <input type="text"/> a <input type="text"/>
dd / mm / aaaa dd / mm / aaaa		
Unidad de capacitación: <input type="text"/>		
Programa: <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	
Localidad donde se impartió: <input type="text"/>		
Aula móvil <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

Nombre y firma del personal de ICATECH