



FOTOGRAFÍA

**INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL
FORMATO 1. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
ICA-SCE-SI001**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: _____
GÉNERO: F () M () NACIONALIDAD: _____ CLAVE DE ELECTOR: _____
(SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO, UNIÓN LIBRE)
DOMICILIO: _____
CÓDIGO POSTAL CALLE MUNICIPIO No. EXT. No. INT. COLONIA O LOCALIDAD
ENTRE QUE CALLES
MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: _____
OTRA REFERENCIA EN CASO DE NO TENER NOMBRE LAS CALLES DONDE RESIDE
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MOVIL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
RED SOCIAL: _____ ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____
DISCAPACIDAD: VISUAL () AUDITIVA () DE LENGUAJE () MOTRIZ 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 (EXTRANJEROS) () FORMATO 3. CARTA RESPONSIVA E IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE PADRE, MADRE O TUTOR (MENORES DE EDAD)

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

I. 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 cuáles 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 LAS NORMAS Y REGLAMENTOS DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

II. DATOS LABORALES

TRABAJA: Sí () NO () OCUPACIÓN ACTUAL: _____

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

() EMPRESA () NEGOCIO PROPIO () ESTABLECIMIENTO

Nombre: _____

Dirección: _____

Giro: _____

Dirección: _____

Giro: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Puesto: _____ Tiempo laborando: _____





III. SEGUIMIENTO DE EGRESADOS

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

Si la respuesta fue afirmativa 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

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

- () **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 AUTOEMPLEO

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

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

- () **G)** AÚN NO DECIDE

IV. 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 () SÍ () ¿A CUÁL? _____

V. DATOS DE LA CAPACITACIÓN

No.	Área de capacitación	Curso	Modalidad	Horario	Periodo	No. de recibo
1						
2						
3						
4						
5						

NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL ASPIRANTE

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





INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL
FORMATO 2. CARTA COMPROMISO
ICA-SCE-CC001

CARTA COMPROMISO

_____, MÉX.; A _____ DE _____ DEL AÑO 20____
MUNICIPIO DÍA MES

A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE

Quien suscribe _____ persona
inscrita en el curso _____, perteneciente al área de
capacitación de _____, en la modalidad
_____, y con horario de _____, en la
(MENSUAL/ BIMESTRAL) de _____; **me comprometo a cumplir**

con la entrega de mi documentación faltante dentro de los 8 días hábiles contados a partir del inicio del curso
(EDAYO/ UCE) (NOMBRE DE LA EDAYO/ UCE)
inscrito, en los términos señalados por las disposiciones vigentes del Instituto de Capacitación y Adiestramiento
para el Trabajo Industrial, relativas al proceso de inscripción y reinscripción.

Señale con una "X" la documentación faltante.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia del acta de nacimiento | <input type="checkbox"/> CURP actualizada |
| <input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente | <input type="checkbox"/> 2 fotografías tamaño infantil |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de último grado de estudios | <input type="checkbox"/> Carta responsiva y su anexo |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de calidad migratoria emitido por una autoridad competente | <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses |

En el entendido que, de no entregar la documentación señalada, y en caso de haber aprobado el curso, **NO** se me podrá hacer entrega de la constancia final. Así mismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos aquí plasmados son verdaderos, en caso contrario, se me aplicarán las sanciones correspondientes.

Nombre y firma de la o el interesado

Nombre y firma de recepción de documentos por parte de la EDAYO





INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL
FORMATO 2. CARTA COMPROMISO
ICA-SCE-CC001

CARTA COMPROMISO

_____, MÉX.; A _____ DE _____ DEL AÑO 20____
MUNICIPIO DÍA MES

A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE

Quien suscribe _____ persona
(NOMBRE COMPLETO DE LA O EL INTERESADO)
inscrita en el curso _____, perteneciente al área de
capacitación de _____, en la modalidad
_____, y con horario de _____, en la
(MENSUAL/ BIMESTRAL)
de _____; **me comprometo a**
(EDAYO/ UCE) (NOMBRE DE LA EDAYO/ UCE)

cumplir con la entrega de mi documentación faltante dentro de los 8 días hábiles contados a partir del inicio del curso inscrito, en los términos señalados por las disposiciones vigentes del Instituto de Capacitación y Adiestramiento para el Trabajo Industrial, relativas al proceso de inscripción y reinscripción.

Señale con una "X" la documentación faltante.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia del acta de nacimiento | <input type="checkbox"/> CURP actualizada |
| <input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente | <input type="checkbox"/> 2 fotografías tamaño infantil |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de último grado de estudios | <input type="checkbox"/> Carta responsiva y su anexo |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de calidad migratoria emitido por una autoridad competente | <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses |

En el entendido que, de no entregar la documentación señalada, y en caso de haber aprobado el curso, **NO** se me podrá hacer entrega de la constancia final. Así mismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos aquí plasmados son verdaderos, en caso contrario, se me aplicarán las sanciones correspondientes.

Nombre y firma de la o el interesado

Nombre y firma de recepción de documentos por parte de la EDAYO





INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL
FORMATO 4. SOLICITUD DE CUOTA PREFERENCIAL
ICA-SCE-SCP001

SOLICITUD DE CUOTA PREFERENCIAL

FECHA DE APLICACIÓN _____
DÍA / MES / AÑO

INSTRUCCIONES: CONTESTAR EL DOCUMENTO CON TINTA NEGRA Y DE MOLDE, SEGÚN CORRESPONDA. **LOS APARTADOS QUE CONTENGAN UN * LOS LLENARÁ EL PERSONAL DEL ÁREA DE CONTROL ESCOLAR DE LA ESCUELA, POR LO QUE SE DEBERÁN DEJAR EN BLANCO.**

UNIDAD DE CAPACITACIÓN: _____ **FOLIO*:** _____
 PERIODO DE CAPACITACIÓN: del _____ al _____
NOMBRE DE LA EDAYO O UCE
DÍA / MES / AÑO / DÍA / MES / AÑO

DATOS GENERALES DEL CAPACITANDO

NÚMERO DE MATRÍCULA: _____ CURP: _____
 NOMBRE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: APELLIDO PATERNO _____ / APELLIDO MATERNO _____ / NOMBRE(S) _____
DÍA / MES / AÑO EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ GÉNERO: F M
(SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO, UNIÓN LIBRE)
 NACIONALIDAD: _____ CLAVE DE ELECTOR: _____
 DOMICILIO: _____
CALLE No. EXT No. INT COLONIA O LOCALIDAD
CÓDIGO POSTAL MUNICIPIO ESTADO OTRA REFERENCIA
 TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MOVIL: _____ EMAIL: _____

AUTORIZACIÓN DE CUOTA

PERTENECE A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS (Elige solo una opción):
 EMPLEADO ICATI PERSONA CON DISCAPACIDAD BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS OTRO: _____
(ESPECIFIQUE CUÁL)
APLICA ALGÚN TIPO DE MARGINALIDAD*: SI NO **DE QUE TIPO*:** ALTA MEDIA BAJA
(En caso de bajos recursos económicos)

DESGLOSE LA CUOTA AUTORIZADA*:

Área de capacitación	Curso	Duración (Horas)	Fechas		Horario	Costo del curso*	Tarifa autorizada*
			Inicio	Fin			
DOCUMENTO A RECIBIR (Cantidad)*: _____ Constancia						Monto a pagar por documento*:	
						Total*:	

OBSERVACIONES*: _____

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Contestar este apartado unicamente si se solicitó el apoyo por marginalidad.(Bajos recursos economicos)

ESCOLARIDAD

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS:

	Inconclusa	Terminada
PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMERCIAL Y/O TÉCNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIA SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR O POSGRADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER TENIDO QUE DEJAR SUS ESTUDIOS INCONCLUSOS, SELECCIONE CUÁL FUE EL MOTIVO:

COMENCÉ A TRABAJAR
 PROBLEMAS PERSONALES
 FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS
 OTRO: _____
(ESPECIFIQUE CUÁL)

VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA: CASA INDEPENDIENTE DPTO. EN EDIFICIO EN VECINDAD CUARTO CASA RESIDENCIAL
 TENENCIA DE LA VIVIENDA: PROPIA RENTADA PRESTADA HIPOTECADA No. DE HABITACIONES: _____
(INCLUYENDO COCINA Y BAÑO)
 MATERIAL DE LA VIVIENDA: LOSA DE CONCRETO MADERA LAMINA OTRO: _____
(ESPECIFIQUE CUÁL)
 SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA:
 ELECTRICIDAD TV DE PAGA RECOLECCIÓN DE BASURA AGUA POTABLE PANEL SOLAR
 GAS INTERNET CALLES PAVIMENTADAS DRENAJE TELÉFONO





DATOS ECONÓMICOS Y FAMILIARES

OCUPACIÓN PRINCIPAL: ESTUDIANTE LABORES DEL HOGAR EMPLEADO COMERCIANTE OTRO: _____
(ESPECIFIQUE CUÁL)

MEDIO QUE UTILIZA REGULARMENTE PARA TRANSPORTARSE:

- AUTOBÚS URBANO TAXI PARTICULAR
 TAXI COLECTIVO AUTO PARTICULAR
 BICICLETA CAMINANDO
 OTRO: _____

¿CUÁNTOS MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZAS PARA TRASLADARTE DE TU HOGAR A LA EDAYO/UCE? (Cantidad): _____

¿CUÁNTO TIEMPO HACES DE TRASLADO?:

- DE 1 A 10 MIN DE 11 A 30 MIN
 DE 30 MIN A 1 HORA MÁS DE UNA HORA

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN CONTIGO, INCLUYENDOTE? _____ ¿CUÁNTAS DEPENDE DE TI ECONÓMICAMENTE? _____

Anota los datos de las personas que viven contigo y su aportación en los gastos del hogar, incluyéndote.

Nombre	Parentesco	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Aportación mensual
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
Total						\$

Desglose de gastos familiares mensuales.

	Importe mensual		Importe mensual		Importe mensual	TOTAL:
Alimentación	\$	Luz	\$	Transporte	\$	\$
Renta/Hipoteca	\$	Teléfono	\$	Educación	\$	
Agua	\$	Gas	\$	Salud	\$	
Cable e internet	\$	Vestido	\$	Otros gastos	\$	

SALUD

¿CUENTA CON SERVICIO DE MÉDICO? SÍ () NO ()
 ¿CUÁL? IMSS ISSSTE ISSEMyM MÉDICO PRIVADO OTRO: _____ NO TENGO
 (ESPECIFIQUE CUÁL)

¿TÚ O ALGUIEN DE TU FAMILIA PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA-DEGENERATIVA? SÍ () NO ()
 EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA ALTERIOR, ¿QUIÉN LA PADECE? _____

¿DE QUÉ TIPO?: OBESIDAD HIPERTENSIÓN DIABETES MELLITUS
 NEUROLÓGICAS CÁNCER OTRA: _____
 (ESPECIFIQUE CUÁL)

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

¿POR QUÉ MOTIVO SOLICITA LA APLICACIÓN DE CUOTA PREFERENCIAL? _____
 ¿POR QUÉ SELECCIONÓ ESTE CURSO? _____
 ¿QUÉ PIENSA HACER AL TÉRMINO DEL CURSO? _____
 OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DE LA O EL SOLICITANTE: _____

 NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL SOLICITANTE

 NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR (MENOR DE EDAD)

 VO.BO. NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR O DIRECTORA DE LA EDAYO

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

