



PROGRAMA CAPACÍTATE Y EMPLÉATE
REGISTRO DE LA PERSONA SOLICITANTE



STYPS
SECRETARÍA
DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

SEECAT
SERVICIO ESTATAL
DEL EMPLEO
Y CAPACITACIÓN
PARA EL TRABAJO

(Anexo VI)

Para brindarle un mejor servicio, deberá proporcionar todos los datos solicitados, los cuales son obligatorios y deberán ser entregados bajo protesta de decir verdad.

Este formato debe llenarse con letra de molde legible. Los datos registrados serán incorporados a nuestro sistema con fines de control y seguimiento del Programa.

Fecha de la solicitud:

d d	m m	a a a a

TIPO DE SOLICITUD																																					
PERSONA BENEFICIARIA QUE RECIBE CAPACITACIÓN ()	PERSONA INSTRUCTORA ()																																				
DATOS PERSONALES																																					
Clave Única de Registro de Población (CURP) 18 dígitos:																																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																					
Apellido Paterno	Apellido Materno																																				
Nombre(s)																																					
Estado civil: Unión Libre () Casado () Separado () Divorciado () Viudo () Soltero ()	Edad: _____ años Sexo: Mujer () Hombre ()																																				
Domicilio Calle _____ Número/lote _____ Manzana _____ Supermanzana _____ Colonia _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio _____	Teléfono personal: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Teléfono de contacto de emergencia: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																				
E-mail (correo electrónico):																																					
¿Tiene alguna discapacidad? Ninguna () Visual () Motriz () Auditiva () Intelectual y/o Mental () Trastorno Comunicación () Enfermedad crónica () Discapacidad múltiple ()																																					
Indique su Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), será su responsabilidad verificar que la cuenta proporcionada esté habilitada para recibir la transferencia correspondiente al apoyo económico:																																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																					
Nombre del Banco: _____																																					



PROGRAMA CAPACÍDATE Y EMPLÉATE
REGISTRO DE LA PERSONA SOLICITANTE



STYPS
SECRETARÍA
DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

SEECAT
SERVICIO ESTATAL
DEL EMPLEO
Y CAPACITACIÓN
PARA EL TRABAJO

(Anexo VI)

ESCOLARIDAD (PERFIL PROFESIONAL)

Último nivel de estudios (en caso de contar con nivel superior de estudios, especifique su especialidad):	Sólo sé leer y Escribir ()
--	------------------------------------

Situación académica:

Trunca () Estudiante () Pasante () Diploma o certificado () Titulado ()

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES LABORALES

Idioma adicional al español que habla:	Nivel de dominio: _____ %
---	-------------------------------------

Cursos o talleres recibidos:

Conocimientos laborales:

Habilidades (señale mínimo 3):

() Puntualidad () Honradez () Trabajo en equipo () Responsabilidad () Trabajo bajo presión
() Liderazgo () Iniciativa () Atención al cliente () Proactividad () Creatividad

Otras habilidades: _____

EXPERIENCIA LABORAL

1. Actualmente se encuentra (seleccione según sea su caso):

Trabajando en una empresa () Puesto: _____ Fecha de inicio en el empleo: ____/____ mes año	Trabajando por cuenta propia () Ocupación: _____ Fecha de inicio en la ocupación: ____/____ mes año	Desempleado(a) () () Con Experiencia Laboral Ultimo Puesto: _____ Fecha de inicio en el último empleo: Fecha de termino en el último empleo: ____/____ ____/____ mes año mes año
() Sin Experiencia Laboral		

Funciones desempeñadas:



PROGRAMA CAPACÍTATE Y EMPLÉATE
REGISTRO DE LA PERSONA SOLICITANTE



STYPS
SECRETARÍA
DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

SEECAT
SERVICIO ESTATAL
DEL EMPLEO
Y CAPACITACIÓN
PARA EL TRABAJO

(Anexo VI)

EXPECTATIVA LABORAL

Pretende emplearse: Para trabajar por cuenta propia () Para trabajar en una Empresa ()
Ambas ()

Ocupación y/o puesto: _____

Ingreso mensual deseado: \$ _____

Funciones que pretende realizar:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Cuenta con tiempo mínimo de tres horas diarias para tomar un curso de capacitación? Sí () No ()

En caso de ser aceptado como Persona Beneficiaria que Recibe Capacitación del Programa ¿se compromete adquirir el material requerido para el desarrollo del curso de capacitación? Sí () No ()

Nota: El apoyo económico que recibirá como beneficiario al término de la capacitación tiene como fin sufragar los gastos que haya realizado en transporte y materiales.

¿Es beneficiario activo del programa federal Jóvenes Construyendo el Futuro de México? Sí () No ()

¿Es egresado del programa federal Jóvenes Construyendo el Futuro de México? Sí () No ()

En caso de no ser aceptado como Persona Beneficiaria que Recibe Capacitación del Programa su solicitud será canalizada al área de Bolsa de Trabajo.

El Servicio Estatal del Empleo y Capacitación para el Trabajo de Quintana Roo (SEECAT), con domicilio en Avenida Héroes de Chapultepec, No. 134, Col. Centro, C.P. 77000, de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, es el responsable del tratamiento de los datos que nos proporcione, los cuales estarán protegidos con fundamento en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo. Los datos personales que nos proporcione a través del Registro de la Persona Solicitante, serán tratados para que sea considerado como aspirante en algún curso de capacitación del Programa Capacítate y Empléate, por lo que serán utilizados con fines de registro, seguimiento, control de asistencia, trámite y entrega de apoyos, emisión de constancias de capacitación y control e informes sobre la población atendida y beneficiada. Se informa que se trata el dato sensible de discapacidad con el fin de proporcionarle un mejor servicio mediante una canalización eficaz. Los mismos podrán ser transmitidos entre Sujetos Obligados que tengan relación con el Programa, para fines informativos sobre la población atendida con recursos estatales.

He sido informado que podré ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la ley citada.

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, y en caso de que se demuestre la falsedad de los mismos me haré acreedor a los alcances legales aplicables que se consideren.

Firma de la persona solicitante

Nota: El llenado de este formato no garantiza su incorporación a un curso de capacitación.

Personal del SEECAT que realizó la entrevista y cotejó la documentación:

(Nombre y firma)

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar al teléfono, **983-83-28796 Ext. 114 del Servicio Estatal del Empleo y Capacitación para el Trabajo de Quintana Roo (SEECAT).**

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta. **"Este programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo que dispone la Ley de la materia".**