



INSTITUTO DE CAPACITACIÓN  
PARA EL TRABAJO DE LA CIUDAD  
DE MÉXICO



Área de  
**Atención  
Ciudadana**

Folio: \_\_\_\_\_

Clave de formato: **SDP\_CCT\_1**

**NOMBRE DEL SERVICIO:** **Cursos de capacitación para el trabajo**

**Ciudad de México, a** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_



Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales "sistema de datos personales para el registro electrónico de personas capacitadas", el cual tiene su fundamento en el decreto por el que se crea el organismo público descentralizado de la administración pública del distrito federal, denominado instituto de capacitación para el trabajo de la ciudad de México; cuya finalidad es administración eficientemente los datos personales de los usuarios que reciben cursos de capacitación por parte del Instituto de Capacitación para el Trabajo de la Ciudad de México, a fin de garantizar su adecuado uso, manejo, cesión y/o transmisión, tendientes a ejecutar las políticas que en materia de capacitación para y en el trabajo establezca la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo y podrán ser transmitidos a la CNDH, INFODF, SEP y órganos jurisdiccionales locales y federales, para dar cumplimiento a lo requerido en el ejercicio de sus atribuciones, además de otras transmisiones previstas en la ley de protección de datos personales para el Distrito Federal. Los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de inscripción a las acciones de capacitación; asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del sistema de datos personales es la Directora Técnica Académica, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en calle Xocongo número 58, 5° piso, colonia tránsito, delegación Cuauhtémoc. El interesado podrá dirigirse al instituto de acceso a la información pública del distrito federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 56-36-46-36 correo electrónico: datos.personales@infodf.org.mx o www.infodf.org.mx.

**DATOS DEL INTERESADO**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Nombre (s) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

Identificación Oficial \_\_\_\_\_ Número / Folio \_\_\_\_\_  
(INE, pasaporte, licencia de conducir, cédula Profesional, cartilla militar.)

Domicilio Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Colonia \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Entidad federativa \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Último grado de estudios Ninguno \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_  
Bachillerato \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_

Especifique si es: Completo \_\_\_\_\_ Trunco \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿En qué en sector? Público \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_ Autoempleo \_\_\_\_\_

En caso de no estar trabajando, ¿está en búsqueda de empleo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna discapacidad? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? Visual \_\_\_\_\_ Auditiva \_\_\_\_\_ Intelectual \_\_\_\_\_ Mental \_\_\_\_\_  
Física \_\_\_\_\_ ¿Usa apoyos? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? Prótesis \_\_\_\_\_ Aparato auditivo \_\_\_\_\_ Silla de ruedas \_\_\_\_\_

Otra (especifique) \_\_\_\_\_

¿Es jefa o jefe de familia? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

**REQUISITOS**

Acta de nacimiento legible en copia	Identificación oficial vigente en copia (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional o licencia para conducir).
Clave Única de Registro de Población (CURP) en copia.	Comprobante del último grado de estudios en caso de contar con él, en copia.
Dos fotografías tamaño infantil a color, recientes.	Recibo de pago, en caso de que el curso tenga una cuota de recuperación.
Documento que acredita la legal estancia en el país en caso de ser extranjero. (Forma Migratoria FM3).	Comprobante de domicilio con fecha de expedición no mayor a 2 meses (Predio, luz, agua, teléfono, gas)
Este formato debidamente requisitado en original y copia	

FUNDAMENTO JURÍDICO	
Decreto de Creación del Instituto de Capacitación para el Trabajo de la Ciudad de México, numeral tercero, fracción IV.	
Costo: Artículo, fracción, inciso, subinciso del Código Fiscal del Distrito Federal	Numeral Décimo Primero, fracción VIII del Decreto de Creación del Instituto de Capacitación para el Trabajo de la Ciudad de México
Beneficio a obtener	Capacitación
Tiempo de respuesta	Variable
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No aplica

**OBSERVACIONES**

Para aprobar el curso, es necesario cubrir asistencia del 80%.

Los aspirantes podrán inscribirse sólo por dos ocasiones al mismo curso.

Los aspirantes que se inscriban a los cursos que de acuerdo a su complejidad y/o riesgo requieran de una capacidad, habilidad o destreza específica adicional deberán cumplir con lo que establezcan los programas vigentes de la Dirección General de Centros de Formación para el Trabajo.

Firma de la persona interesada en solicitar el servicio "Cursos de capacitación para el trabajo"

INTERESADO

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO "CURSOS DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO", DE FECHA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_.

Recibió (para ser llenado por la autoridad)	
Área	_____
Nombre	_____
Cargo	_____
Firma	_____

Sello de recepción
_____



**QUEJAS O DENUNCIAS**

QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.

DENUNCIA irregularidades a través del Sistema de Denuncia Ciudadana vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorrupcion.df.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>