**TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IXTAPALUCA**

***DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR***

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

***SOLICITUD DE ASPIRANTE***

**Esta solicitud deberá ser llenada en computadora e impresa en una sola hoja y entregada en dos tantos por el aspirante, acompañado de 2 fotografías recientes, tamaño infantil en blanco y negro o a color. Todos los campos son obligatorios y deberán llenarse con datos verídicos para que el trámite no se cancele.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL DE LA/DEL ASPIRANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre completo, iniciando por nombre(s):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ya habías estudiado en TESI** | | | | | | | | | **Si ( ) No ( )** | | | | | | | | | | | | | **En qué carrera** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CURP:** |  | | | | | | | | | | | | **Dom. Calle:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **No. Ext.** | | | | | |  | | | | | | **No. Int.** | |  |
| **Entre Calle:** | |  | | | | | | | | | | | | **Y que Calle:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Referencia:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Municipio:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Entidad Federativa:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Colonia:** | | | | |  | | | | | | |
| **Código Postal:** | | |  | | | | | | | **Tel. WhatsApp:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Tel. Casa** | | | | | |  | | | | | | | **Correo Elec.:** | | | | | | | | |  | | | | |
| **Tipo de Sangre:** | | | |  | | | | | | | | **Sexo:** | | | **M ( ) F ( )** | | | | | | | | | | | | **Habla alguna lengua indígena, ¿Cuál?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Estado Civil:** | |  | | | | | | **Años Cumplidos:** | | | | | | | | | |  | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ÁREA SOLICITADA (MARCA SOLO UNA CARRERA Y EL TURNO DE TU INTERÉS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ing. en Sistemas Comp.** | | | | | | | | | | | | **( )** | | **Ing. Informática** | | | | | | | | | | | **( )** | | | | | **Ing. Electrónica** | | | | | | | **( )** | | | | | | **Lic. en Administración** | | | | | | | | | | | **( )** | |
| **Ing. Ambiental** | | | | | | | | | | | | **( )** | | **Arquitectura** | | | | | | | | | | | **( )** | | | | | **Ing. Biomédica** | | | | | | | **( )** | | | | | | **Turno Matutino ( ) Vespertino( )** | | | | | | | | | | | | |
| **Escuela de Procedencia:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clave del Centro de Trabajo (CCT):** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Tipo de Institución:** | | | | | | | **Publica ( ) Privada( )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Municipio de la Preparatoria:** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Año de Ingreso y de Egreso de bachillerato:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **Promedio General del Certificado de Bachillerato:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **DATOS DE LOS PADRES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Padre:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **Ocupación:** | | | | | | |  | | | | | |
| **Ingreso Mensual:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Años Cumplidos:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | **Nivel de Estudios** | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Nombre de la Madre:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **Ocupación:** | | | | | | |  | | | | | |
| **Ingreso Mensual:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Años Cumplidos:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | **Nivel de Estudios** | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **EMPLEO ACTUAL DEL SOLICITANTE (SI NO TRABAJA, DEJAR ESTE CAMPO EN BLANCO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la empresa:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Dirección de la empresa** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número Telefónico:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Correo electrónico:** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Giro de la empresa:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Antigüedad:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Horario:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **CAPACIDADES DIFERENTES Y SALUD (marca con una “x” si tienes alguna)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Física/Motriz**  **Intelectual**  **Auditiva**  **Baja Visión**  **Psicosocial**  **Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **( )**  **( )**  **( )**  **( )**  **( )**  **( )** | | | | | [**Artritis**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001243.htm)  [**Asma**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000141.htm)  [**Cáncer**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001289.htm)  [**EPOC**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000091.htm)  [**Diabetes**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm)  [**Epilepsia**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000694.htm)  [**Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000594.htm) | | | | | | | | | | **( )**  **( )**  **( )**  **( )**  **( )**  **( )**  **( )** | | | | | **¿Cuenta con seguro social?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **¿Qué institución lo provee de seguro social?**  **(IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, etc)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **¿Se encuentra en tratamiento por salud?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Indique en el recuadro de abajo si considera que hizo falta mencionar algo sobre sus capacidades diferentes y/o salud que estén declaradas medicamente con una constancia o certificado médico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**En caso de tener alguna enfermedad crónica, de cuidados especiales o presenta capacidades diferentes; se solicita presentar adjunto a este formato, el diagnostico emitido por alguna institución de salud de gobierno.**

**Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados en el presente documento son verdaderos, en caso contrario me sujetaré a lo que marcan las disposiciones jurídicas internas de esta casa de estudios.**

**A T E N T A M E N T E**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE CONFORMIDAD DEL ASPIRANTE**