



INSTITUTO : DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE SLP Unidad de capacitación para el Trabajo Industrial No _____

Clave CCT _____ Ciclo Escolar _____ Período de Egresión _____ Clave del módulo _____

Campo _____ Especialidad _____ Duración en _____ Curso _____

Fecha de Inicio _____ Fecha de Término _____ Horas _____ Horario _____ RFC _____ # Curso _____

Número de Control	Nombre del Capacitando Primer Apellido / Segundo Apellido / Nombre (s)	INSCRIPCIÓN		ACREDITACIÓN			CERTIFICACIÓN		FIRMA DEL CAPACITANDO										
		TIPO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL	INSCRIPCIÓN BECADOS	TIPO DE DISCAPACIDAD	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	ACREDITADO		ACREDITACIÓN POR ACREDITAR DESERCIÓN	FOLIO DEL DIPLOMA	FECHA DE RECIBIDO							

SOLO PARA FINES INFORMATIVOS

CAPTURÓ _____ Vo. Bo. _____

NOMBRE Y FIRMA _____ NOMBRE Y FIRMA _____