|  |  |
| --- | --- |
| **Lugar y fecha de expedición** |  |

**Favor de llenar con letra de molde o a máquina la información que se solicita:**

(Los datos recabados servirán para gestionar los trámites de inscripción. Todos los datos son confidenciales)

|  |
| --- |
| Anote el programa al que desea inscribirse (nombre completo como aparece en la convocatoria) |
|  |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN** (todos los datos son obligatorios)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo(Tal como está registrado en su acta de nacimiento. Así será como aparezca en la documentación) |  |
| Nacionalidad |  |
| CURP 18 caracteres. Si usted no es mexicano, favor de indicar su DNI |  |
| Sexo(Marque con una X) |  |  |  | Estado Civil(Marque con una X) |  |  |  | Edad |  |
|  |  | Femenino |  |  | Soltero(a) |
|  |  | Masculino |  |  | Casado (a) |
|  |  |  |  |  |  |
| Correo electrónico |  |
| Domicilio completo(Calle, número, colonia, Delegación/ Municipio, Ciudad, C.P. y País) |  |
| Teléfonos (con clave LADA) | Casa |  |
| Oficina |  |
| Celular |  |

**2. INFORMACIÓN LABORAL** (todos los datos son obligatorios)

|  |  |
| --- | --- |
| Institución/Empresa |  |
| Puesto |  |
| Principales actividades que realiza |  |
| En caso de trabajar en Centros de Integración Juvenil (CIJ) indique: |
|  |  |
| Centro de Costo | Unidad de Adscripción |
|  |  |
| Número de empleado | Tipo de puesto (Base, Confianza, Eventual, Voluntario) |

**3. DATOS ACADÉMICOS** (Todos los datos son obligatorios)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nivel máximo de estudios:(Marque con una X) |  | Documento probatorio:(Marque con una X) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Licenciatura |  |  | Maestría |  |  |  | Certificado |  |  | Título |
|  |  | Especialidad |  |  | Doctorado |  |  | Diploma |  |  | Cédula Profesional |
|  |  | Otro (Favor de indicar) |  |  |  | Otro (Favor de indicar) |
|  |  |  |  |  |
| Favor de indicar lo siguiente: |
|  | Nombre del programa académico | Institución donde realizó los estudios |
| Licenciatura |  |  |
| Especialidad |  |  |
| Maestría |  |  |
| Doctorado |  |  |
| Otro  |  |  |
| ¿Ha participado o actualmente participa en algún otro programa impartido por CIJ? Favor de indicar el nombre del programa: |
|  |

**4. OTRAS HABILIDADES**

Indique el nivel de dominio (básico, intermedio o avanzado) de las siguientes habilidades y/o conocimientos

|  |  |
| --- | --- |
| Manejo de paquetería básica(Word, Excel, PowerPoint o equivalentes)  |  |
| Navegación y búsqueda de información por internet |  |
| Dominio del idioma inglés |  |
| Prevención y/o tratamiento del consumo de drogas |  |

**5. MOTIVOS DE INGRESO**

|  |
| --- |
| Explique brevemente por qué desea participar en este programa académico así como la experiencia que tiene sobre el tema principal. |
|  |

**6. DIFUSIÓN**

|  |
| --- |
| Indique por qué medio se enteró de nuestro programa académico(Marque con una X la respuesta) |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Desea pertenecer a nuestra base de datos y así recibir notificaciones de eventos futuros de capacitación? favor de indicar nuevamente su correo electrónico |
|  |

Declaro bajo protesta de decir verdad, que toda la información que aporto para acreditar el cumplimiento de requisitos es auténtica.

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre y firma (con puño y letra)** |

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

Centros de Integración Juvenil, AC., en adelante CIJ, con domicilio en calle Zempoala Número 77, Colonia Vértiz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03600, de conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, es el responsable de la confidencialidad, uso y protección de sus datos personales y al respecto le informamos lo siguiente: Al proporcionar sus Datos Personales, acepta y autoriza a CIJ a utilizarlos y tratarlos de forma automatizada, los cuales formarán parte de nuestra base de datos por 6 años de manera física a partir de la fecha de terminación de su participación. Su finalidad será para identificarle, emitir constancias de participación, así como realizar gestiones académico-administrativas. Adicionalmente, le informamos que las imágenes de su asistencia y/o participación podrán ser utilizadas para difusión del proyecto y/o eventos. La disociación de los datos será para elaborar estadísticas e informes de actividades. La transmisión a terceros, dentro y fuera del territorio nacional, será para posible difusión de los trabajos presentados. Su información personal nunca será compartida, distribuida o utilizada con fines distintos a los anteriormente descritos. En caso de que usted desee ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Corrección, Oposición o Portabilidad (ARCOP) de nuestra base de datos, puede solicitarlo al correo electrónico unidad\_enlace@cij.gob.mx Puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en la página [www.gob.mx/salud/cij](http://www.gob.mx/salud/cij)