

**MATRÍCULA PARA EL SERVICIO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

|                      |
|----------------------|
| Centro Ejecutor:     |
| Nombre del Servicio: |

**Datos personales**

|                                     |  |   |   |   |  |
|-------------------------------------|--|---|---|---|--|
| Nombre                              |  | 1er Apellido                                  |   | 2do Apellido                                |  |
| Nacionalidad:                       |  |   |   | Estado civil:                               |  |
| Tipo de identificación:             | <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad | <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia | <input type="checkbox"/> Carné de Refugiado | <input type="checkbox"/> Permiso de Estudio |  |
| Hombre <input type="checkbox"/>     | Mujer <input type="checkbox"/>               | Años cumplidos:                               | Fecha de nacimiento:                        |   |  |
| Lugar donde vive:                   | Provincia:                                   | Cantón:                                       | Distrito:                                   |   |  |
| Dirección de residencia permanente: |  |   |   |   |  |
| Teléfonos: Residencia:              |  | Celular:                                      | Correo electrónico:                         | Fax:  |  |

**Escolaridad**

|   |                                   |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>1. Qué estudios ha logrado aprobar Ud?</b> | Ultimo año aprobado               |                                     |
| Primaria                                      | <input type="checkbox"/> Completa | <input type="checkbox"/> Incompleta |
| Secundaria                                    | <input type="checkbox"/> Completa | <input type="checkbox"/> Incompleta |
| Universitaria                                 | <input type="checkbox"/> Completa | <input type="checkbox"/> Incompleta |
| Ninguna                                       | <input type="checkbox"/>          |                                     |

**Otros Estudios Aprobados**

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pre Vocacional | <input type="checkbox"/> I.N.A.    |
| <input type="checkbox"/> Vocacional     | <input type="checkbox"/> Diplomado |

**Estudios que realiza actualmente**

|   |
|---|
| <b>2. Estudia actualmente?</b>  |
| Primaria <input type="checkbox"/> ó Secundaria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

**Otros Datos**

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Marque las casillas que corresponden a su condición (puede marcar más de una opción) |                             |                             |
| ¿Es ud. una persona indígena?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Es ud. una persona privada de libertad?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tiene ud. alguna discapacidad?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo indicar el tipo de discapacidad:                                  |                             |                             |
| ¿Le han aplicado Adecuación curricular?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Firma persona solicitante

Número de identificación

Los datos consignados son verdaderos y libero a la institución de cualquier falsedad u omisión

**PARA USO EXCLUSIVO DEL INA**

**Proceso de Servicio al Usuario o Centro Ejecutor**

**Favor marcar con una equis el o los programas sociales en los que participa la persona**

|   |  |      |       |
|---|--|------|-------|
| Participante Referido del Programa Alternativas Juveniles:    | <input type="checkbox"/>   | Año: | _____ |
| Madre adolescente y adolescente embarazada:                   | <input type="checkbox"/>   | Año: | _____ |
| Participante referida o egresada del INAMU:                   | <input type="checkbox"/>   | Año: | _____ |
| Persona Participante Centro de Oportunidades Juveniles:       | <input type="checkbox"/>   | Año: | _____ |
| Persona Participante en Situación ESC                         | <input type="checkbox"/>   | Año: | _____ |
| Participante en el Programa Avancemos:                        | Referido por otras instituciones: <input type="checkbox"/>                     | Año: | _____ |
|   | Avancemos Participante INA: <input type="checkbox"/>                           | Año: | _____ |
| Participante Programa Banca de Desarrollo: (Idea de negocios) | Referido MEIC: <input type="checkbox"/> Referido INA: <input type="checkbox"/> | Año: | _____ |
| Nombre persona responsable:                                   | _____  |      |       |
| Firma persona responsable:                                    | _____  |      |       |

**Para uso de quien aplica la matrícula**

|   |                                   |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre de la persona que aplica la matrícula: |                                   |                                     |
| Firma:  | Cédula:                           | Fecha:                              |
| La presente solicitud fue:                    | Aprobada <input type="checkbox"/> | Rechazada <input type="checkbox"/>  |
|   |                                   | Postergada <input type="checkbox"/> |