



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOLICITUD DE INGRESO

Hoja1

Instrucciones: Lee Cuidadosamente los datos que se te solicitan antes de comenzar a llenar la solicitud. Usar mayúsculas, tinta negra preferentemente, sin errores ni tachaduras. Los datos que manifiestes serán usados en el expediente del programa.

Datos personales del Alumno

Form fields for Name Complete, Paternal Surname, and Maternal Surname

Form field for Date of Birth (Day/Month/Year)

Form fields for Age, Sex, and CURP

Form field for Type of Disability

Form fields for Medication Use and Frequency

Form field for Other Medications

Form field for Conditions or Allergies

Form fields for Allergy Medication and Frequency

Form fields for Address: Street/Number, Colonia, and Municipality

Form fields for State, Phone, Cellphone, and E-Mail

Form field for School of Origin

Form fields for Schools Attended

Form field for Labor History or Workshops

Form field for Activities or Sports

hoja2

Form field for Mother's Data



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOLICITUD DE INGRESO

Form with fields for: Nombre de la Madre o Tutor, Edad, Ocupación, Teléfono, Celular, E mail, Empresa donde labora, Puesto que desempeña, Teléfono de Oficina, \*Domicilio (en caso de ser diferente al del Alumno), Colonia, Municipio, Datos del Padre, Nombre del Padre o Tutor, Edad, Ocupación, Teléfono, Celular, E mail, Empresa donde labora, Puesto que desempeña, Teléfono de Oficina, \*Domicilio (en caso de ser diferente al del Alumno), Colonia, Municipio, Nombre y Teléfono de algún familiar o vecino para llamar en caso de emergencia (no celular)

Documentos de identificación:

Table with 2 columns: \* and List of Verification of Requirements (Acta de Nacimiento, Credencial de Discapacidad, Credencial de Elector)

Declaration box: Declaro que todos los datos asentados son correctos, que estoy de Acuerdo en Asistir a las Reuniones que se convoquen, colaborar con el comportamiento y aprovechamiento de la capacitación y acato de conformidad la legislación con que rige al Centro Ocupacional. Includes fields for Firma and Nombre completo.

Hermosillo, Sonora, México Fecha: \_\_\_\_\_

- El llenado de la solicitud no genera derecho de ingreso al Centro Manos a la Vida.