

Coordinación de Zona: _____
Número y Nombre _____

FECHA DE REGISTRO
DÍA MES AÑO

Incorporación Reincorporación Registro en SASA Registro en SIGA

Datos generales:

Apellidos: _____
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
Nombre (s): _____
Fecha de nacimiento: _____
DÍA MES AÑO RFE: _____
(Anotar una vez que haya sido asignado)

Nacionalidad: _____ Entidad de nacimiento: _____ Sexo Mujer Hombre

Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo No. de Hijos _____

¿Habla español? ¿Habla algún dialecto o lengua indígena? ¿Cuál? _____ Otro idioma adicional al español ¿Cuál? _____

De acuerdo con su cultura, ¿usted se considera indígena? ¿Usted se considera afroamericano(a) negro(a) o afrodescendiente?

Domicilio:

Vialidad: _____
Tipo _____ Nombre _____ Núm. Exterior Núm. Interior _____
(Tipo: andador, avenida, boulevard, callejón, calle, cerrada, privada, corredor, prolongación, carretera, camino, terracería, etc.)
Asentamiento humano: _____
Tipo _____ Nombre _____
(Tipo: colonia, conjunto habitacional, ejido, ex hacienda, fraccionamiento, manzana .H., pueblo, rancho, zona militar, etc.)
Entre qué vialidad: _____
Tipo _____ Nombre _____
Y
qué vialidad: _____ C.P. _____
Tipo _____ Nombre _____
Localidad: _____ Municipio: _____ Entidad federativa: _____
Teléfono Fijo: _____ Número (10 dígitos) Teléfono celular: _____ Número (10 dígitos)
Tiene equipo de cómputo Correo electrónico personal _____
Tiene acceso a Internet Correo electrónico INEA _____

En su vida diaria, ¿usted tiene dificultad para:

Caminar, subir o bajar Oír, aún usando aparato auditivo Ver, aún usando lentes Bañarse, vestirse o comer Hablar o comunicarse (por ejemplo: entender o ser entendido por otros) Recordar o concentrarse ¿Tiene algún problema o condición mental? (Autismo, síndrome de Down, esquizofrenia, etcétera)

Nota: Se puede seleccionar más de una opción.

¿Tiene trabajo activo? Jubilado/Pensionado Desempleado Estudiante Otro _____
Tipos de ocupación: Trabajador agropecuario Inspector o supervisor Artesano Obrero Ayudante o similar Empleado de gobierno Operador de transporte o maquinaria en movimiento Comerciante o vendedor Trabajador/a del hogar Protección o vigilancia Quehaceres del hogar Trabajador ambulante Deportista

Nivel al que ingresa: Alfabetización Primaria Primaria 10-14 Secundaria
Antecedentes escolares: Sin estudios Primaria Grado: _____ Secundaria Grado: _____
 Hispanohablante Hablante de lengua indígena Etnia/Lengua _____
 Ejercicio diagnóstico (alfabetización) Examen diagnóstico Reconocimiento de saberes Atención educativa

¿Que le motiva a estudiar? Obtener el certificado de Primaria/ Secundaria Continuar la Educación Media Superior Obtener un empleo Mejorar mis condiciones laborales Ayudar a mis hijos/ nietos con las tareas Superación personal Otro _____

¿Cómo se entero de nuestros servicios? Difusión del INEA Invitación personal Otro _____

Subproyecto: _____ Dependencia: _____

Documentación de la persona beneficiaria: <input type="checkbox"/> Fotografía <input type="checkbox"/> Documento legal equivalente (extranjeros) <input type="checkbox"/> Ficha signalética (CERESO)	Documentos Probatorios / Constancias de capacitación <input type="checkbox"/> Certificado de primaria <input type="checkbox"/> Boletas de primaria Grado: _____ <input type="checkbox"/> Boletas de secundaria Grado: _____ <input type="checkbox"/> Informe de calificaciones INEA Constancias de Capacitación: Número: _____ Horas: _____
---	---

Cotejo de Documentos impresos mostrados por la persona beneficiaria

Nombre completo de quien cotejó los documentos: _____

Fecha de cotejo de documentos:

DIA	MES	ANO

 Firma de quien cotejó los documentos: _____

Nota: Sólo se debe registrar en el Sistema Informático de Control Escolar, a la persona beneficiaria cuyos documentos impresos o digitales hayan sido cotejados

Información de la Unidad Operativa

Unidad operativa: _____ Círculo de estudio: _____

Declaración de NO haber obtenido certificado de estudios del nivel que pretende estudiar en el INEA

Con fundamento en el Artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el Artículo 247, fracción I del Código Penal Federal, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que no recibo ninguno de los apoyos señalados en las Reglas de Operación, así como no haber obtenido certificado/certificación de estudios de nivel primaria y/o secundaria, según sea el caso, en alguna institución de educación.

De ser persona beneficiaria de algún apoyo del Programa Educación para Adultos (INEA) autorizo se me dé de baja del mismo.

A T E N T A M E N T E

Nombre completo de la persona beneficiaria del INEA

Firma de la persona beneficiaria del INEA o huella del dedo índice

FECHA DE LLENADO DEL REGISTRO

DIA	MES	ANO		

Autorizo el uso de la información registrada en este documento, con la finalidad de generar y respaldar datos relevantes para la toma de decisiones en los procesos de planificación, control escolar, evaluación educativa o de investigación.

"Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información y los datos aquí asentados son verdaderos, que durante mi estancia en los Estados Unidos de América curse (primaria y/o secundaria o equivalente), o bien que cursé en la República Mexicana algún grado de educación primaria o secundaria, sin embargo no cuento con documentación alguna que lo acredite, reconozco que en caso de faltar a la verdad, estaré incurriendo en el delito de falsedad de declaración ante una autoridad pública distinta de la judicial, y podría ser acreedor(a) a una pena de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa (art. 247, fracción I del Código Penal Federal), y demás sanciones aplicables."



_____ Nombre completo de la persona beneficiaria del INEA	_____ Firma de la persona beneficiaria del INEA o huella del dedo índice
_____ Nombre completo y firma del padre o tutor En caso de inscripción al MEVyT 10-14	_____ Nombre completo y firma del Responsable de Acreditación de la Coordinación de Zona
_____ Nombre completo y firma de la figura que incorpora	_____ Nombre completo y firma de la persona que capturó
_____ Nombre completo y firma del Coordinador de Zona	

Aviso de Privacidad: Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados, según corresponda, en los sistemas institucionales del INEA que han sido debidamente inscrito en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Los datos recabados en este registro consideran lo establecido en los artículos 16, 17, 18 y 21 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de sujetos obligados.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

Si te condicionaron o pidieron algo a cambio para realizar este trámite DENÚNCIALO al 800-0060-300 o en la Coordinación de Zona, Plaza comunitaria u oficina del INEA más cercana.

Todos los servicios que proporciona el INEA son gratuitos.

 <p>Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona beneficiaria</p> <p>Nombre de la persona beneficiaria del INEA: _____</p> <p>Cuenta de correo: _____</p> <p>Contraseña: _____</p> <p>Tiene acceso a Intenet Si () No ()</p> <p>Es responsabilidad total del usuario del correo, el mal uso que se pueda dar al mismo.</p> <p>La asignación y uso de este correo se relaciona con el proceso educativo de la persona beneficiaria</p> <p style="text-align: center;">PERSONA BENEFICIARIA DEL INEA</p>	 <p>Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona beneficiar</p> <p>Nombre de la persona beneficiaria del INEA: _____</p> <p>Cuenta de correo: _____</p> <p>Fecha de entrega: _____</p> <p>Tiene acceso a Intenet Si () No ()</p> <p>Firma de la persona beneficiaria del INEA _____</p> <p style="text-align: right;">IEEA-UO</p>
---	--