

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: _____ Teléfono celular: _____
 Número (10 dígitos) 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

Nota: Se puede seleccionar más de una opción.

¿Tiene algún problema o condición mental? (Autismo, síndrome de Down, esquizofrenia, etcétera)

¿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"/> Informe de calificaciones INEA <input type="checkbox"/> Boletas de secundaria Grado: _____ 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.

INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS

Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona beneficiaria

Nombre de la persona beneficiaria del INEA: _____

Cuenta de correo: _____

Contraseña: _____

Tiene acceso a Intenet Si () No ()

Es responsabilidad total del usuario del correo, el mal uso que se pueda dar al mismo.

La asignación y uso de este correo se relaciona con el proceso educativo de la persona beneficiaria

PERSONA BENEFICIARIA DEL INEA

INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS

Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona beneficiaria

Nombre de la persona beneficiaria del INEA: _____

Cuenta de correo: _____

Fecha de entrega: _____

Tiene acceso a Intenet Si () No ()

Firma de la persona beneficiaria del INEA _____

IEEA-UO