****SECRETARIA DE TRANSPORTES

SUBSECRETARIA DE TRANSPORTE

DIRECCIÓN DE CAPACITACÓN AL SECTOR- DPTO. INDUCCIÓN Y PREPARACIÓN

**HOJA DE REGISTRO**

**DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
| **ES USTED: CONCESIONARIO ( ) PERMISIONARIO ( ) CONDUCTOR ( )** |
| **NOMBRE:**  |
| **LUGAR DE NACIMIENTO:** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** |  |
| **CURP:** |  |
| **DOMICILIO ACTUAL:** |  |
| **COLONIA:** |  | **MUNICIPIO:** |  |
| **TELEFONO CASA:** |  | **TELEFONO CEL:** |  |
| **ESCOLARIDAD:** |  |
| **EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A:****NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **TELEFONO** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ANTECEDENTES DE SALUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Años.** | **ESTATURA \_\_\_\_\_\_\_\_ Mts.** | **PESO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kilos.** | **TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **SEXO: H( ) M( ) PADECE DIABETES: SI ( ) NO ( )** | **FUMA: SI( ) NO( )** | **TOMA ALCOHOL : SI( ) NO( )** |

**ANTECEDENTES LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **LICENCIA DE CHOFER No.**  | **VIGENCIA: Día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **ANTIGÜEDAD COMO CONDUCTOR EN EL TRANSPORTE PUBLICO:** |  |

**DATOS DE LA UNIDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODALIDAD** | **NUMERO ECONOMICO** | **NUMERO DE PLACA** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  **FIRMA****RECEPCION DE DOCUMENTOS****LLENADO EXCLUSIVO PERSONAL DE CAPACITACIÓN****CURSO ( ) FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_****CANJE ( ) FOLIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FECHA EN QUE REALIZA EL TRAMITE \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **CONDUCTOR****MUNICIPIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |