



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA CURSOS DEL IIW



CODIGO: **ATB-REG-002**

REVISION: **02**

FECHA DE REVISIÓN **09 SEPTIEMBRE 2019**

VIGENTE APARTIR DE: **10 SEPTIEMBRE 2019**

NIVEL DE CALIFICACION SOLICITADO:

NIVEL PROFESIONAL:	IWE/EWE <input type="checkbox"/>	IWT/EWT <input type="checkbox"/>	IWS/EWS <input type="checkbox"/>	IWP/EWP <input type="checkbox"/>	FOTO
Robot Welding <input type="checkbox"/>	LASER Processing <input type="checkbox"/>	LWC <input type="checkbox"/>	Thermal Spray <input type="checkbox"/>	Resistant Welding <input type="checkbox"/>	
Personel <input type="checkbox"/>	LWB <input type="checkbox"/>	Specialist <input type="checkbox"/>	Specialist <input type="checkbox"/>	Practitioner <input type="checkbox"/>	
NIVEL INSPECTOR (IWI/EWI):	Nivel C <input type="checkbox"/>	Nivel S <input type="checkbox"/>	Nivel B <input type="checkbox"/>		
NIVEL SOLDADOR (IW/EW):	MMA <input type="checkbox"/>	MIG / MAG <input type="checkbox"/>	TIG <input type="checkbox"/>		

DATOS PERSONALES

Nombre Completo: (Letra mayúscula y sin abreviaturas) _____

Dirección: _____ **C. P.:** _____

País: _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Correo electrónico: _____ **CURP** _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Clave de Elector:** _____

Emitido por: INE IFE **Fecha de Emisión:** ____ / ____ / ____ **RFC:** _____

Nacionalidad: _____ **Si es extranjero con qué documento legal se identifica:** _____

HABILITACIONES PROFESIONALES

Grado Académico / Profesional / Técnico, etc.. (Adjuntar copia de cédula profesional y título): _____

Calificaciones Profesionales (adjuntar copia de Curriculum Vitae actualizado)

Graduado en: Facultad / Universidad Instituto Politécnico Escuela Profesional

Otros: _____

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____ **RFC:** _____

El pago del curso es efectuado por: Empresa Candidato **Fecha de Solicitud:** ____/____/____

Nombre y firma del representante de la empresa: _____

- Autorizo a ISTUC para que use mis datos personales relacionados con identificación y contactos para divulgación de eventos de capacitación u otro relacionado con mi actividad.
- Autorizo la divulgación de mis datos personales relacionados con la identificación y contactos para una probable encuesta del sistema de acreditación (IQF)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CANDIDATO