

Coordinación de Zona: _____

Número y nombre

Fecha de registro: _____

____	____	____	____	____	____	____	____
DÍA		MES		AÑO			

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 ☐ No binario

País de nacimiento: _____

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Concubino/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a Núm. de hijos: _____

¿Habla español? ☐ ¿Habla alguna 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: _____ Tipo: _____ Nombre: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Entidad federativa: _____

Teléfono Fijo: _____ Número (10 dígitos) Teléfono celular: _____ Número (10 dígitos)

Tiene acceso a equipo de cómputo ☐ Correo electrónico personal: _____

Tiene acceso a Internet ☐ Correo electrónico INEA: _____

¿Es una persona con discapacidad? ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, elija la opción que corresponda, puede marcar mas de una.

☐ Con discapacidad física o motriz ☐ Con discapacidad intelectual ☐ Con discapacidad psicossocial

Con discapacidad visual ☐ Persona con baja visión ☐ Persona ciega

Con discapacidad auditiva ☐ Persona con pérdida auditiva de leve a severa ☐ Persona sorda

¿Tiene trabajo activo?

☐ No, elija una opción ☐ Jubilado/a o pensionado/a ☐ Desempleado/a ☐ Estudiante Otro: _____

Tipos de ocupación:

☐ Sí, elija una opción ☐ Trabajador /a agropecuario ☐ Inspector/a o supervisor/a ☐ Artesano/a ☐ Obrero/a ☐ Ayudante o similar ☐ Empleado/a de gobierno ☐ Operador/a de transporte o maquinaria en movimiento

☐ Comerciante o vendedor ☐ Trabajador/a del hogar ☐ Protección o vigilancia ☐ Quehaceres del hogar ☐ Trabajador/a ambulante ☐ Deportista

SASA-01

Antecedentes escolares: ☐ Sin estudios ☐ Primaria Grado: _____ ☐ Secundaria Grado: _____	
Proceso o nivel al que ingresa: ☐ Alfabetización ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Alfabetización indígena bilingüe Etnia/Lengua _____	
Servicio educativo seleccionado: ☐ Examen diagnóstico ☐ Reconocimiento de saberes ☐ Atención educativa	
Subproyecto: _____ Dependencia: _____	
Documentación de la persona educanda: ☐ Fotografía ☐ Documento legal equivalente (extranjeros) ☐ Ficha signalética (CERESO)	Documentos Probatorios: ☐ Boletas de primaria Grado: _____ ☐ Certificado de primaria ☐ Boletas de secundaria Grado: _____
¿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(as)/ nietos(as) con las tareas ☐ Superación personal ☐ Otro _____	
¿Cómo se enteró de nuestros servicios? ☐ Internet ☐ Cartel o volante ☐ Invitación personal ☐ Radio o TV Otro _____	
Información de la Unidad Operativa en donde será atendido: Unidad operativa: _____ Círculo de estudio: _____	

Autorizo de manera libre y específica el tratamiento de mis datos personales, los cuales serán utilizados para cumplir con las obligaciones establecidas en el art.16, 17, 18 y 21 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

He sido informado de que no se solicitarán datos sensibles y que mis datos personales no serán compartidos, salvo que sea necesario para atender requerimientos de una autoridad competente. Siendo ésta la finalidad del tratamiento de mis datos personales.

Asimismo, reconozco que tengo el derecho de acceder, rectificar, cancelar y oponerme al tratamiento de mis datos personales (derechos ARCO). Al firmar este documento, otorgo mi consentimiento del uso de mis datos personales.

De igual forma, manifiesto que la información que proporciono es veraz y que, de conformidad con el artículo 247 del Código Penal Federal, nunca he obtenido un certificado de estudios del nivel que pretendo estudiar y no me encuentro inscrito en ninguna institución educativa del sistema escolarizado.

Aviso de privacidad

Escanea y consulta nuestro Aviso de Privacidad o también copia el siguiente link : http://www.inea.gob.mx/transparencia/Avisos_Privacidad/INTEGRAL-PROSPECTIVA.pdf



ATENTAMENTE

Nombre completo de la persona educanda del INEA

Firma o huella dactilar del dedo índice de la persona educanda del INEA

Para control interno

Nombre completo y firma del coordinador/a de zona

Nombre completo y firma del padre, madre o tutor/a
En caso de inscripción a primaria de personas de 10 a 14 años de edad

Nombre completo y firma de la persona responsable de acreditación de la coordinación de zona

Nombre completo y firma de la persona que incorpora

Nombre completo y firma de la persona que capturó en el sistema de control escolar

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 en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDE):
sidec.funcionpublica.gob.mx/#1/ o comunícate a los siguientes números y extensiones : tels 55 5241 2700, 55 5241 2800, 55 5241 2900; exts: 22842, 8843 y 22546

Todos los servicios que proporciona el INEA son gratuitos.

SASA-01

INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona educanda Nombre de la persona educanda del INEA: _____ Cuenta de correo: _____ Contraseña: _____ Es responsabilidad total de la persona usuaria del correo, el mal uso que se pueda dar al mismo. La asignación y uso de este correo es para el desarrollo del proceso educativo de la persona educanda. PERSONA EDUCANDA DEL INEA	INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona educanda Nombre de la persona educanda del INEA: _____ Cuenta de correo: _____ Fecha de entrega: _____ Firma de la persona educanda del INEA _____ IEEA-UO
--	--