

Coordinación de Zona: \_\_\_\_\_ Número y nombre \_\_\_\_\_

Fecha de registro: \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

**Datos generales:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ 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 afromexicano(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 psicosocial

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

<b>Antecedentes escolares:</b>	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Primaria Grado: _____	<input type="checkbox"/> Secundaria Grado: _____		
<b>Proceso o nivel al que ingresa:</b>	<input type="checkbox"/> Alfabetización	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Alfabetización indígena bilingüe	Etnia/Lengua _____
<b>Servicio educativo seleccionado:</b>	<input type="checkbox"/> Examen diagnóstico		<input type="checkbox"/> Reconocimiento de saberes		<input type="checkbox"/> Atención educativa
<b>Subproyecto:</b>	<b>Dependencia:</b> _____				

<b>Documentación de la persona educanda:</b>	<b>Documentos Probatorios:</b>				
<input type="checkbox"/> Fotografía	<input type="checkbox"/> Documento legal equivalente (extranjeros)	<input type="checkbox"/> Certificado de primaria	<input type="checkbox"/> Boletas de primaria	Grado: _____	
<input type="checkbox"/> Ficha signalética (CERESO)		<input type="checkbox"/> Boletas de secundaria	<input type="checkbox"/>	Grado: _____	

<b>¿Qué le motiva a estudiar?</b>	<input type="checkbox"/> Obtener el certificado de primaria/secundaria	<input type="checkbox"/> Continuar la educación media superior	<input type="checkbox"/> Obtener un empleo	<input type="checkbox"/> Mejorar mis condiciones laborales	<input type="checkbox"/> Ayudar a mis hijos(as)/ nietos(as) con las tareas	<input type="checkbox"/> Superación personal	<input type="checkbox"/> Otro _____
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------

<b>¿Cómo se enteró de nuestros servicios?</b>	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Cartel o volante	<input type="checkbox"/> Invitación personal	<input type="checkbox"/> Radio o TV	Otro _____
---	-----------------------------------	---	--	-------------------------------------	------------

<b>Información de la Unidad Operativa en donde será atendido:</b>					
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](http://www.inea.gob.mx/transparencia/Avisos_Privacidad/INTEGRAL-PROSPECTIVA.pdf)



ATENTAMENTE

<b>Nombre completo de la persona educanda del INEA</b>	<b>Firma o huella dactilar del dedo índice de la persona educanda del INEA</b>
--	--

<b>Para control interno</b>	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 (SIDEC):  
[sidec.funcionpublica.gob.mx/#/](http://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/) 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**

<b>Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona educanda</b>	<b>Comprobante de entrega de correo electrónico a la persona educanda</b>
Nombre de la persona educanda del INEA: _____	Nombre de la persona educanda del INEA: _____
Cuenta de correo: _____	Cuenta de correo: _____
Contraseña: _____	Fecha de entrega: _____
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	
Firma de la persona educanda del INEA	
IEEA-UO	