

**MATRÍCULA PARA SERVICIOS DE CAPACITACIÓN
Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

Centro Ejecutor: CDTIA

Nombre del curso o servicio: Directrices y lineamientos sanitarios para Covid 19 en el sector de industrialización de café

El INA, mediante este formulario recopila sus datos personales (públicos y privados), para la gestión de la matrícula del curso por usted solicitado.

A. Datos personales de carácter público			
1. Nombre ↑		Primer Apellido ↑	
		Segundo Apellido ↑	
Conocido como: Si su documento de identidad contiene el "conocido como" y desea se consigne en nuestros registros, debe solicitarlo por escrito.			
2. Número de identificación ↓	Tipo de Identificación →	Cédula identidad ()	Carné refugiado/a ()
		Cédula residencia ()	Permiso de estudio ()
3. Nacionalidad → Costarricense () Otra () Indicar cuál:			
4. Fecha de nacimiento:			
5. Años cumplidos:		6. Estado civil:	
B. Datos personales de acceso restringido: Permite verificar requisitos de ingreso al curso o servicio, por lo que se le agradece nos suministre la siguiente información.			
7. Marque con una "X" su último nivel de estudios:			
No tengo ningún estudio → ()			
Educación primaria → Completa () Incompleta () → Llegué hasta: ____ grado.			
Educación secundaria → Completa () Incompleta () → Llegué hasta: ____ año.			
Si marcó secundaria completa, indique si ganó el Bachillerato: Sí () No ()			
Educación universitaria → Completa () Incompleta ()			
8. ¿Trabaja actualmente? → Sí () No () → Pase a pregunta 12			
9. ¿Qué tipo de trabajo tiene actualmente? → Trabajo propio () Asalariado ()			
10. Nombre de la empresa o lugar donde trabaja:			
11. ¿A qué actividad se dedica la empresa o lugar en el que usted trabaja?			
Agropecuario () Industria () Comercio y Servicios () Sector Público ()			
12. Usted vive en:	Provincia ↓	Cantón ↓	Distrito ↓

Datos de Contactos:**13. Dirección exacta de su casa de habitación usando puntos de referencia, calles o avenidas:****14. Favor anotar los Números de teléfonos donde se puede localizar o dejar mensajes:****Casa:****Oficina:****Celular:****En caso de emergencia o para dejar mensajes (anotar nombre y número de teléfono):****15. Correo electrónico → _____****C. Datos personales de carácter sensible:** Esta información permite darle una mejor atención mediante apoyo estudiantil y analizar su prioridad de ingreso; son confidenciales y voluntarios. Usted tiene la opción de responder aquello que considere conveniente según su opinión. Marque la casilla que corresponde a su condición, según sea el caso. El no brindar esta información no afecta su trámite.**16. ¿Cuál es su sexo?** Hombre () Mujer () Intersexo ()**17. ¿Cuál es su género?** Masculino () Femenino () Transgénero ()**18. ¿Pertenece usted a alguno de los siguientes grupos étnicos?**

1 Afrodescendiente ()

2 Indígena () Marque el grupo al que pertenece: →

Grupo Indígena:

Boruca () Maleku () Bribri () Teribe ()

Cabécar () Huetar () Ngobe () Chorotega ()

19. ¿Es usted una persona privada de libertad? → Sí () No ()**20. ¿Es usted jefe o jefa de hogar? →** Sí () No ()**21. ¿Es usted una mujer en estado de embarazo? →** Sí () No ()**22. ¿Es usted una madre adolescente? (solo para menores de 18 años)** Sí () No ()**23. ¿Usted requiere alguna adecuación curricular? →** Sí () No ()**24. ¿Es usted una persona con discapacidad? →** La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. Sí () No ()
Si su respuesta es afirmativa, FAVOR llene y adjunte el formulario FR GR 189

Esta solicitud está sujeta al análisis y valoración de la información suministrada por usted al INA para darle una respuesta.

Declaro que los datos suministrados al INA en este documento son verdaderos y verificables.**Firma de persona solicitante****D. Para uso exclusivo del INA (Quien aplica la matrícula completa esta información)****¿Esta matrícula corresponde a una persona menor de edad en condición migratoria irregular? Sí () No (x)**

Nombre de la persona que aplica la matrícula y verifica los documentos de identificación:

Firma:

Número identificación:

Fecha:

El trámite fue:**Aprobado ()****Rechazado ()****Postergado ()**