



**PROGRAMA CAPACÍTATE Y EMPLÉATE**  
**REGISTRO DEL SOLICITANTE**  
**SEECAT-01**

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y  
 PREVISIÓN SOCIAL  
 SERVICIO ESTATAL DEL EMPLEO  
 Y CAPACITACIÓN PARA EL  
 TRABAJO DE QUINTANA ROO  
**(Anexo I)**

Para brindarle un mejor servicio, favor de proporcionar todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad.

Este formato deberá ser llenado por la persona buscadora de trabajo con letra de molde legible y los datos serán incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el sistema. De igual manera, serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo.

**Fecha de la solicitud:**

d d	m m	a a a a

<b>DATOS PERSONALES</b>			
<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre(s)</b>	
<b>Estado civil:</b> Unión Libre ( <input type="checkbox"/> )    Casado ( <input type="checkbox"/> )    Separado ( <input type="checkbox"/> )		<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b> Femenino ( <input type="checkbox"/> )
Divorciado ( <input type="checkbox"/> )    Viudo ( <input type="checkbox"/> )    Soltero ( <input type="checkbox"/> )			Masculino ( <input type="checkbox"/> )
<b>Domicilio</b> (Calle, número, Mza, Sm, Colonia, Código Postal, Localidad, Municipio)		<b>Teléfono personal:</b>	
		<b>Teléfono de contacto:</b>	
<b>E-mail</b> (correo electrónico):		¿Tiene dependientes económicos? ( <input type="checkbox"/> ) Sí    ( <input type="checkbox"/> ) No	
		En su caso ¿cuántos? _____	
¿Tiene alguna discapacidad?    Ninguna ( <input type="checkbox"/> )    Visual ( <input type="checkbox"/> )    Motriz ( <input type="checkbox"/> )    Auditiva ( <input type="checkbox"/> )			
Intelectual y/o Mental ( <input type="checkbox"/> )    Trastorno Comunicación ( <input type="checkbox"/> )    Enfermedad crónica ( <input type="checkbox"/> )    Discapacidad múltiple ( <input type="checkbox"/> )			
Clave Única de Registro de Población (CURP) 18 dígitos: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____			
Indique cuál es su Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cual debe estar activa. _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____			
Nombre del Banco: _____			
En caso de presentar problemas la transferencia bancaria, indique la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), alternativa a utilizar: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____			
Nombre del Banco: _____			



PROGRAMA CAPACÍTATE Y EMPLÉATE
REGISTRO DEL SOLICITANTE
SEECAT-01

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SERVICIO ESTATAL DEL EMPLEO Y CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DE QUINTANA ROO
(Anexo I)

ESCOLARIDAD (PERFIL PROFESIONAL)

Último nivel de estudios (carrera o especialidad): Año de término de estudios: Sólo sé leer y escribir ( )
Situación académica:
Trunca ( ) Estudiante ( ) Pasante ( ) Diploma o certificado ( ) Titulado ( )

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES LABORALES

Idioma adicional al español que habla: Nivel de dominio: %

Cursos o talleres recibidos:

Conocimientos:

Habilidades (señale mínimo 3):
Puntualidad ( ) Honradez ( ) Trabajo en equipo ( ) Responsabilidad ( ) Trabajo bajo presión ( )
Atención al cliente ( ) Liderazgo ( ) Iniciativa ( ) Proactividad ( ) Creatividad ( )
Otras habilidades:

EXPERIENCIA LABORAL

El último trabajo que ha desempeñado ha sido por (señale una opción):
Por cuenta propia ( ) En empresas ( ) Sin experiencia Laboral ( ) si señaló esta opción pase a la sección de EXPECTATIVA LABORAL.

Fecha inicio: mes / año Fecha de término: mes / año

Ocupación y/o Puesto desempeñado:
Nivel: Autoempleo ( ) Dirección ( ) Mandos medios ( ) Técnico ( ) Operativo ( ) Profesionista ( )
Sueldo mensual neto recibido: \$

Funciones desempeñadas:



**PROGRAMA CAPACÍTATE Y EMPLÉATE**  
**REGISTRO DEL SOLICITANTE**  
**SEECAT-01**

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y  
 PREVISIÓN SOCIAL  
 SERVICIO ESTATAL DEL EMPLEO  
 Y CAPACITACIÓN PARA EL  
 TRABAJO DE QUINTANA ROO  
**(Anexo I)**

<b>EXPECTATIVA LABORAL</b>	
<b>Pretende emplearse:</b>	Por cuenta propia ( ) o En una Empresa ( )
<b>Ocupación y/o puesto:</b>	_____
Nivel:	Autoempleo ( ) Dirección ( ) Mandos medios( ) Técnico( ) Operativo ( ) Profesionista ( )
Sueldo mensual deseado:	\$ _____
Funciones que pretende realizar:	
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>	
¿Cuenta con tiempo mínimo de tres horas diarias para tomar un curso de capacitación? Sí ( ) No ( )	
En caso de ser aceptado como beneficiario del Programa ¿se compromete adquirir el material requerido para el desarrollo del curso de capacitación? Sí ( ) No ( )	
<b>Nota:</b> El apoyo económico que recibirá como beneficiario al término de la capacitación tiene como fin sufragar los gastos que haya realizado en transporte y materiales.	
¿Es beneficiario activo del programa federal Jóvenes Construyendo el Futuro de México? Sí ( ) No ( )	
¿Es egresado del programa federal Jóvenes Construyendo el Futuro de México? Sí ( ) No ( )	
<b>Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, y en caso de que se demuestre la falsedad de los mismos se hará acreedor a los alcances legales aplicables que se consideren.</b>	
El Servicio Estatal del Empleo y Capacitación para el Trabajo de Quintana Roo (SEECAT), con domicilio en Calle Cristóbal Colón, No. 191, Col. Centro, C.P. 77000, de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, es el responsable del tratamiento de los datos que nos proporcione, los cuales estarán protegidos con fundamento en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo. Los datos personales que nos proporcione a través del SEECAT-01 (Registro del Solicitante), serán tratados para que sea considerado como aspirante en algún curso de capacitación del Programa Capacítate y Empléate, por lo que serán utilizados con fines de registro, seguimiento, control de asistencia, trámite y entrega de apoyos, emisión de constancias de capacitación y control e informes sobre la población atendida y beneficiada. Se informa que se trata el dato sensible de discapacidad con el fin de proporcionarle un mejor servicio mediante una canalización eficaz. Los mismos podrán ser transmitidos entre Sujetos Obligados que tengan relación con el Programa, para fines informativos sobre la población atendida con recursos estatales. He sido informado que podré ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la ley citada.	
<b>Firma de la persona solicitante:</b> _____	
<b>Nota:</b> El llenado de este formato no garantiza su incorporación a un curso de capacitación.	

**"Este programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo dispone la Ley de la materia".**

"Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar a los teléfonos **983-83-24567, 983-83-28796 Ext. 114 del Servicio Estatal del Empleo y Capacitación para el Trabajo de Quintana Roo (SEECAT).**

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.