



Cédula de registro				
Fecha d d m m a a a a		Tipo De Curso Básico () Taller () Instructores () Focalizado ()		No. de Control *Campo llenado por el capacitador
Nombre (s)		Primer apellido	Segundo apellido	Edad (años)
Correo electrónico			Sexo Hombre () Mujer ()	
Escolaridad Primaria () Secundaria () Media sup. () Superior () Posgrado ()				
¿Tiene algún tipo de discapacidad?*		¿De qué tipo?*		
SI () NO ()		Motriz () Visual () Auditiva () Intelectual ()		
En caso de ser mujer. ¿Estas embarazada?*		¿Tiene hijos menores de 5 años?*	¿Encabeza un hogar monoparental? (solo una de las partes)	
SI () NO ()		SI () NO ()	SI () NO ()	
Procedencia Empresa () Sindicato () Academia () Cámara () Gobierno () Independiente ()				
Nombre de la institución de procedencia				
Actividad económica de la institución de procedencia () Gobierno () Academia () Sindicato () Industrias de transformación () Comercio () Servicios para empresas, personas y el hogar () Industria de la construcción () Servicios sociales y comunales () Transportes y comunicaciones () Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza () Industrias extractivas () Industria eléctrica y captación y suministro de agua potable () Otro (Indicar)				
En Caso De Ser Trabajador ¿Labora En Áreas Relacionadas A La Seguridad E Higiene De La Empresa? Si () No ()		Cargo Que Desempeña Actualmente		
¿La institución en la que trabaja cuenta con comisión de seguridad e higiene? Si () No ()		¿Forma parte de comisión de seguridad e higiene de la institución en la que trabaja? Si () No ()		
Objetivo De Su Participación En El Curso Seguridad Y Salud En La Institución Que Labora () Consultoría () Cultura General () Otro (Especificar) ()		Experiencia En Seguridad E Higiene Ninguna () Menos De Un Año () De 1 A 5 Años () De 6 A 10 Años () Mas De 10 Años ()		

*Estas preguntas son opcionales, en caso de ser contestadas servirán únicamente como insumos estadísticos y para la integración del informe de vulnerabilidad y atención ciudadana. Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Expedición de valoraciones médicas y permisos a menores", cuyo responsable es la Directora para el Trabajo y Previsión Social, el cual tiene su fundamento en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Gobierno del Distrito Federal.- Art. 15 fracción. XVIII, Art. 23 Ter fracción es XIV y XXV, Reglamento Interior de la Administración Pública del Gobierno del Distrito Federal.- Art. 7, fracción XVII numeral 1, Art. 119 Cuater, fracciones VII y XI, cuya finalidad consiste en proteger y resguardar los datos personales generados con motivo de la expedición de las Constancias de la participación en las capacitaciones en seguridad y salud. Los datos personales no podrán ser difundidos sin el consentimiento expreso que conste por escrito del titular de los mismos."

Los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos personales podrán ejercitarse ante la Oficina de Información Pública, ubicada en Av. José Antonio Torres Xocoongo No. 58, Del. Cuauhtémoc, Tránsito, 06820, Delegación Cuauhtémoc, México, CDMX.

Después de leer esta información, ¿autoriza el uso de sus datos personales, para fines de estudio, investigación y estadísticas realizados por la STyFE?

SI () NO ()

Nombre: _____

Firma: _____

