



Unidad de Operación Desconcentrada para el Distrito Federal  
Dirección de Desarrollo y Operación Académica y Capacitación Laboral  
Coordinación de Capacitación

### FICHA DE REGISTRO DE PARTICIPANTES

Plantel:

Curso o Taller:

Período de Impartición:  Inicio:  Término:

#### Datos del participante:

Nombre:   
*Apellido(s) Paterno(s)                      Apellido Materno(s)                      Nombre(s)*

Escolaridad:

Edad:  años      Sexo:    M ( )      F ( )

Teléfono Part.:       Nacionalidad:

Ocupación/Cargo actual:

*Datos de la empresa o institución donde presta sus servicios:*

<i>Dirección del Centro de Trabajo:</i>
<i>Área de Adscripción:</i>
<i>Teléfono(s):</i>
<i>Correo Electrónico:</i>

Fecha:     
**DD      MM      AA**

\_\_\_\_\_  
*Firma del Participante*