



SOLICITUD DE TRÁMITE

Número de Control:

Fotografía del
solicitante

Datos generales **Del solicitante:**

Nombre: _____

Corporación solicitada: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Tel. Recados: _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio:

Calle y número: _____

Colonia: _____ Municipio: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Esta solicitud deberá entregarse en las oficinas del Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria ubicado en **Mexicali**: Av. Madero # 537 (segundo piso), Zona Centro. Teléfonos: (686) 554-65-20, 554-44-20, **Tijuana**: Vía de la Juventud Oriente. No. 8800 Plaza Viva Tijuana Edif. Medac (segundo piso). Teléfonos: (664) 973-04-25, 682-85-75 y 682-81-97 y **Ensenada**: Prolongación Bulevar Zertuche # 6474, Modulo C, Col. Praderas del Ciprés. Teléfonos (646) 152 11 75, 176-03-11 y 176-00-19.



Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria

Datos personales:

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Nacionalidad: _____ Estatura: _____
 Peso: _____ Tiempo de residencia en el estado: _____ RFC: _____
 CURP: _____ Núm. de Cartilla Militar: _____
 Núm. de Licencia: _____ Tiempo de manejo: _____
 Maneja automóvil Estándar Sí () No () Automático Si () No ()
 Número Seguro Social: _____

Estado Civil:

Casado (a): _____ Soltero (a): _____ Viudo (a): _____ Divorciado (a): _____ Unión Libre: _____

Preparación académica:

	Escuela	Especialidad	Periodo	Años	Ciudad	Certificado
Primaria:						
Secundaria:						
Preparatoria:						
Técnica/ Comercial:						
Profesional:						
Postgrado:						

Idiomas:

Idioma:	Habla	Escribe	Comprende	Lee	¿Dónde lo aprendió?
	%	%	%	%	
	%	%	%	%	



Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria

Habilidades adicionales:

(Describa el equipo técnico, de cómputo, de transporte, maquinaria / herramienta y armamento que maneja.)

¿Qué tipo de software domina? _____

Referencias personales:

Nombre	Ocupación	Teléfono	Domicilio

Datos familiares:

	Nombre	Edad	Ocupación	Domicilio	Teléfono
Padre:					
Madre:					
Cónyuge:					
Hijo(s):					

Número de dependientes económicos: _____

Parentesco: _____



Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria

Cursos, Talleres, Conferencias, Etcétera:

Titulo	Fecha	Duración

Información adicional:

¿Anteriormente ha realizado trámite para ingresar a alguna corporación? No () Sí () ¿Cuándo y para qué puesto? _____

¿Ha sido dado de baja de alguna capacitación o corporación policial? No () Sí () ¿Cuándo y por qué? _____

¿Tiene algún familiar o amigo en alguna corporación policial como la Fiscalía General del Estado o General de la República; Preventivas Municipales o Federal?

Nombre	Dependencia	Relación

¿Ha trabajado en alguna Dependencia de Gobierno o Corporación Policial a nivel Municipal, Estatal o Federal?

Dependencia o Corporación	Cargo	¿Tiempo laborado y tipo de separación?

¿Ha sido detenido en México o en Estados Unidos o ha estado sujeto a algún proceso penal a cualquier edad? (Aun cuando haya sido por error o declarado absuelto)

No () Sí () ¿Cuándo y por qué? _____



Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria

Experiencia laboral: (inicie por su último empleo)

Empresa o Institución: _____ Giro: _____

Domicilio: _____ Teléfono (s): _____

Puesto (s) desempeñado: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____ Sueldo percibido: _____

Nombre y puesto de su jefe inmediato: _____

Causa de su separación: _____

Empresa o Institución: _____ Giro: _____

Domicilio: _____ Teléfono (s): _____

Puesto (s) desempeñado: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____ Sueldo percibido: _____

Nombre y puesto de su jefe inmediato: _____

Causa de su separación: _____

Empresa o Institución: _____ Giro: _____

Domicilio: _____ Teléfono (s): _____

Puesto (s) desempeñado: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____ Sueldo percibido: _____

Nombre y puesto de su jefe inmediato: _____

Causa de su separación: _____



Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria

Datos de Salud:

¿Tiene o ha tenido enfermedades graves o crónicas? No () Sí () ¿Cuándo y de qué? _____

¿Ha sido operado de algo? _____ ¿De qué? _____

¿Cuándo? _____

¿Fracturas o esguinces? No () Sí () ¿Cuándo y de qué? _____

¿Sufre de Alergias? No () Sí () ¿A qué? _____

¿Lesión en columna, cuello, rodillas etc.? No () Sí () _____

¿Padece o ha padecido de presión alta o baja? No () Sí () Cual? _____

¿Padece de diabetes? No () Sí () Padece o ha padecido Asma? No () Sí ()

¿Tiene secuelas de enfermedades, operaciones o accidentes? No () Sí ()

¿Cuál? _____

¿Padece o ha padecido de enfermedad o complicación visual? No () Sí () ¿Cuál? _____

¿Tiene problemas Psicomotores? No () Sí () ¿Cuál? _____

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad mental? No () Sí () ¿Cuál? _____

Otros datos:

¿Practica algún deporte? _____ ¿Cuál? _____

¿Cuáles son sus principales aficiones? _____

¿En qué ocupa su tiempo libre? _____

Firma _____ Fecha _____

Observaciones:
