



## **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:

(Describe 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:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |