



UNIVERSIDAD LABORAL DE MÉXICO 4.0
 “MIGUEL RAMOS ARIZPE” A.C.
Incorporada a la SEP · C.C.T. 05PSU0127N

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
 FORMATO DE ADMISIÓN**

**Pegue su
 foto aquí
 (tamaño infantil
 en blanco y
 negro)**

Fecha:

| |
|-----------------|
| día / mes / año |
|-----------------|

CURSO DE INGLES

| DATOS PERSONALES: | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|----------------------|----------------|--|--|--|--|
| Apellido Paterno | | | | | Apellido Materno | | | | | Nombre (s) | | | | | |
| Sexo: | | | Edad: | | Fecha de Nacimiento: | | | | | Lugar de Nacimiento: | | | | | |
| | | | | | día / mes / año | | | | | Municipio / Estado | | | | | |
| CURP: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: (Calle, Número, Colonia, Código Postal) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delegación/Municipio: | | | | | | | | | | Entidad Federativa: | | | | | |
| Estado Civil: | | | | | Correo Electrónico: | | | | | | | | | | |
| Teléfono <u>celular con Whatsapp</u> : | | | | | Es muy importante tener el Whatsapp en el Celular, es el medio de contacto con tu Facilitador. | | | | | | Teléfono Casa: | | | | |

| DATOS LABORALES: | | | |
|-------------------------|----|-----------------------|---------|
| ¿Trabajas? | | Nombre de la Empresa: | Puesto: |
| SI | NO | | |



UNIVERSIDAD LABORAL DE MÉXICO 4.0

“MIGUEL RAMOS ARIZPE” A.C.

Incorporada a la SEP · C.C.T. 05PSU0127N

| EN CASO DE SER HIJO DE TRABAJADOR | |
|-----------------------------------|-------------|
| Nombre: | Parentesco: |

| IDIOMAS: |
|--|
| Menciona el (los) idioma(s) que domina: |
| ¿Habla alguna lengua Indígena? SI NO ¿Cuál? |

| CUESTIONARIO MÉDICO: | | | |
|--|---|--|---|
| Padecimiento de Enfermedades: | | | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Afecciones Cardiacas | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Afección Congénita |
| Otros: _____ | | | |
| ¿Cuenta con alguna Discapacidad? | | ¿Cuál? | |
| SI | NO | | |
| ¿Cuenta con Servicio Médico? | | Clínica: | No. de Afiliación: |
| SI | NO | | |

| EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Parentesco: |
| Domicilio: | Teléfono Casa / Celular: |



UNIVERSIDAD LABORAL DE MÉXICO 4.0
“MIGUEL RAMOS ARIZPE” A.C.
Incorporada a la SEP · C.C.T. 05PSU0127N

IMPORTANTE: Este formato deberá ser entregado con los siguientes documentos

- Acta de Nacimiento - original** (actualizada del año 2021 en adelante)
- La puedes tramitar en línea en la siguiente liga: www.gob.mx/actadenacimiento/
- CURP** - La puedes obtener en línea en la siguiente liga: www.gob.mx/curp/
- Identificación Oficial - copia por ambos lados** (INE, Licencia, Cartilla Militar o Pasaporte)
- Comprobante de Domicilio - copia** (Luz, Agua o Teléfono)
- Carta Compromiso - UNILAM debidamente firmada** - La puedes obtener en línea en la siguiente liga: <http://www.unilam.edu.mx/carta-compromiso-bachillerato/>

NOTA: En caso de faltar alguno de estos documentos, no se recibirá su Solicitud de Admisión.

Declaro que todos los datos contenidos en esta solicitud, así como los anexos son verdaderos.

Nombre y Firma

Universidad Laboral de México 4.0 “Miguel Ramos Arizpe” A.C.
Blvd. Vito Alessio Robles #2100 Zona Industrial C.P. 25220
Saltillo, Coahuila Tel. (844) 111-4133
www.unilam.edu.mx