

Alianza o convenio

Institución o programa: _____

Ámbito: Nacional Estatal Municipal

En caso de pertenecer a PROSPERA, indicar lo siguiente:

Beneficiario desde: _____ Menos de 6 meses _____ De 6 meses a 3 años _____ Más de 3 años _____

Ejercicio diagnóstico PEC

¿Respondió todas las preguntas del ejercicio diagnóstico del PEC? Sí No Respuesta Si puede presentar el examen del PEC
Respuesta No se incorpora a alfabetización

Nombre completo de quien revisó las respuestas: _____

Fecha de revisión de Encuesta:

DÍA	MES	AÑO

Firma de quien revisó las respuestas: _____

Se recomienda examen diagnóstico: Sí No ¿A qué nivel ingresa? Alfabetización Primaria Secundaria

Vertiente: MEVyT HISPANO MEVyT 10 - 14 MEVyT Braille MEVyT MIB MEVyT MIBU Ruta _____

Información de la Unidad Operativa

Unidad operativa: _____ Círculo de estudio: _____

Declaración de NO haber obtenido certificado de estudios del nivel que pretende estudiar en el INEA

Con fundamento en el Artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el Artículo 247, fracción I del Código Penal Federal, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que no recibo ninguno de los apoyos señalados en las Reglas de Operación, así como no haber obtenido certificado/certificación de estudios de nivel primaria y/o secundaria, según sea el caso, en alguna institución de educación.

De ser beneficiario de algún apoyo del Programa Educación para Adultos (INEA) autorizo se me dé de baja del mismo.

El presente documento se elabora el día _____ del mes de _____ del año _____.

ATENTAMENTE

Nombre completo del Beneficiario _____
Firma del Beneficiario o huella del dedo índice

Nombre completo y firma del Beneficiario

Nombre completo y firma del entrevistador

Nombre completo y firma del Responsable de Acreditación de la Coordinación de Zona

Nombre completo y firma de la figura que incorpora

Nombre completo y firma de la persona que capturó

Autorizo el uso de la información registrada en este documento:
Con la finalidad de generar y respaldar datos relevantes para la toma de decisiones en los procesos de planificación, control escolar, evaluación educativa o de investigación

Nombre completo y firma del Beneficiario

"Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información y los datos aquí asentados son verdaderos, que durante mi estancia en los Estados Unidos de América curse (primaria y/o secundaria o equivalente), o bien que cursé en la República Mexicana algún grado de educación primaria o secundaria, sin embargo no cuento con documentación alguna que lo acredite, reconozco que en caso de faltar a la verdad, estaré incurriendo en el delito de falsedad de declaración ante una autoridad distinta de la judicial, y podría ser acreedor(a) a una pena de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa (art. 247, fracción I del Código Penal Federal), y demás sanciones aplicables."

Aviso de Privacidad: Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados, según corresponda, en los sistemas Institucionales del INEA que han sido debidamente inscrito en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Los datos recabados en este registro consideran lo establecido en los Artículos 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de sujetos obligados.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

Todos los servicios que proporciona el INEA son gratuitos.



Delegación <input type="text"/>	Coordinación de zona <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>
------------------------------------	--	--

Nombre del adulto

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

CURP o RFE 1ª. Etapa INICIAL 2ª. Etapa INTERMEDIA 3ª. Etapa AVANZADA

Tipo de trámite:

Oficinas centrales		Coordinación de zona	
1. Legalización de certificado	<input type="checkbox"/>	3. Revisión de examen	<input type="checkbox"/>
2. Dictamen de autenticidad	<input type="checkbox"/>	4. Duplicado de credencial	<input type="checkbox"/>
		5. Confirmación de calificaciones	<input type="checkbox"/>
Delegación		6. Otro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Confirmación de calificaciones	<input type="checkbox"/>		
8. Solicitud de duplicado de certificado	<input type="checkbox"/>		
9. Solicitud de emisión de una certificación con carácter de nivel	<input type="checkbox"/>		
Recibí duplicado de certificado o certificación con folio:	<input type="text"/>		
Lugar y fecha:	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Firma del adulto
10. Solicitud de corrección de certificado	<input type="checkbox"/>		
Tipo de corrección:			
<input type="checkbox"/> En nombre		Si la corrección es el nombre, calificación o promedio	
<input type="checkbox"/> En fotografía		anote las etapas de aplicación de cada parte o grado	
<input type="checkbox"/> En calificación o promedio			
<input type="checkbox"/> Falta de sello			
<input type="checkbox"/> En la fecha de emisión			
<input type="checkbox"/> Falta de nombre y firma del delegado			

Para los trámites 5, 7, 8, 9 y 10 anexar copia del kardex del adulto (S.A.S.A. o Manual).

Firma del adulto
(firme como lo hizo en el examen)

Nombre y firma del responsable de acreditación

Para uso exclusivo de la delegación

Datos del certificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Fecha de emisión	Folio impreso



REGISTRO DEL BENEFICIARIO / A

FECHA DE INCORPORACIÓN

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____
DÍA MES AÑO

Incorporación Reincorporación Sabe leer y escribir Primaria Secundaria MEVyT PEC
Habla alguna lengua indígena Sí ¿Cuál? _____ No Se identifica con alguna etnia/lengua Sí ¿Cuál? _____ No

Datos generales
Apellidos: _____
Primer Apellido Segundo Apellido
Nombre (s): _____
Fecha de nacimiento: _____ RFE: _____
DÍA MES AÑO (Anotar una vez que haya sido asignado)
Genero Femenino Masculino
Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo

Domicilio
Vialidad: _____
Tipo Nombre Núm. Exterior Núm. Interior
(Tipo: andador, avenida, boulevard, callejón, calle, cerrada, privada, corredor, prolongación, carretera, camino, terracería, etc.)
Asentamiento humano: _____
Tipo Nombre
(Tipo: colonia, conjunto habitacional, ejido, ex hacienda, fraccionamiento, manzana .H., pueblo, rancho, zona militar, etc.)
Entre: _____
Tipo Nombre
Entre: _____ C.P. _____
Tipo Nombre
Localidad: _____ Municipio: _____ Entidad federativa: _____
Teléfono o Celular: _____
Clave Número Correo electrónico

Si requiere atención especial marque con una X la limitación física que la origina
 Caminar o moverse Escuchar Ver Hablar o comunicarse Poner atención o aprender Otro ¿Cuál? _____

¿Está empleado? Sí No Pensionado Desempleado Estudiante
Tipos de ocupación: Trabajador agropecuario Inspector o supervisor Artesano u obrero Operador de maquinaria fija Ayudante o similar Empleado de gobierno
 Operador de transporte o maquinaria en movimiento Comerciante o dependiente Trabajador doméstico Protección o vigilancia Quehaceres del hogar Trabajador ambulante

Antecedentes escolares Sin estudios Primaria Grado: _____ Secundaria Grado: _____

Documentación del beneficiario
 Acta de nacimiento Documento legal equivalente (extranjeros) Fotografía
 CURP Ficha signalética (CERESO)

Documentos Probatorios / Antecedentes escolares
 Informe de calificaciones de INEA Boletas de primaria Grado: _____
 Certificado de primaria Boletas de secundaria Grado: _____

Cotejo de Documentos, impresos o digitales, del Beneficiario
Nombre completo de quien cotejó los documentos: _____
Fecha de cotejo de documentos: _____ Firma de quien cotejó los documentos: _____
DÍA MES AÑO

Nota: Sólo se debe registrar en el Sistema Informático de Control Escolar, al beneficiario cuyos documentos impresos o digitales hayan sido cotejados.

Alianza o convenio

Institución o programa: _____

Ámbito: Nacional Estatal Municipal

En caso de pertenecer a PROSPERA, indicar lo siguiente:

Beneficiario desde: _____ Menos de 6 meses _____ De 6 meses a 3 años _____ Más de 3 años _____

Ejercicio diagnóstico PEC

¿Respondió todas las preguntas del ejercicio diagnóstico del PEC? Sí No Respuesta Si puede presentar el examen del PEC
Respuesta No se incorpora a alfabetización

Nombre completo de quien revisó las respuestas: _____

Fecha de revisión de Encuesta:

DÍA	MES	AÑO

Firma de quien revisó las respuestas: _____

Se recomienda examen diagnóstico: Sí No ¿A qué nivel ingresa? Alfabetización Primaria Secundaria

Vertiente: MEVyT HISPANO MEVyT 10 - 14 MEVyT Braille MEVyT MIB MEVyT MIBU Ruta _____

Información de la Unidad Operativa

Unidad operativa: _____ Círculo de estudio: _____

Declaración de NO haber obtenido certificado de estudios del nivel que pretende estudiar en el INEA

Con fundamento en el Artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el Artículo 247, fracción I del Código Penal Federal, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que no recibo ninguno de los apoyos señalados en las Reglas de Operación, así como no haber obtenido certificado/certificación de estudios de nivel primaria y/o secundaria, según sea el caso, en alguna institución de educación.

De ser beneficiario de algún apoyo del Programa Educación para Adultos (INEA) autorizo se me dé de baja del mismo.

El presente documento se elabora el día _____ del mes de _____ del año _____.

ATENTAMENTE

Nombre completo del Beneficiario _____
Firma del Beneficiario o huella del dedo índice

Nombre completo y firma del Beneficiario

Nombre completo y firma del entrevistador

Nombre completo y firma del Responsable de Acreditación de la Coordinación de Zona

Nombre completo y firma de la figura que incorpora

Nombre completo y firma de la persona que capturó

Autorizo el uso de la información registrada en este documento:
Con la finalidad de generar y respaldar datos relevantes para la toma de decisiones en los procesos de planificación, control escolar, evaluación educativa o de investigación

Nombre completo y firma del Beneficiario

"Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información y los datos aquí asentados son verdaderos, que durante mi estancia en los Estados Unidos de América curse (primaria y/o secundaria o equivalente), o bien que cursé en la República Mexicana algún grado de educación primaria o secundaria, sin embargo no cuento con documentación alguna que lo acredite, reconozco que en caso de faltar a la verdad, estaré incurriendo en el delito de falsedad de declaración ante una autoridad distinta de la judicial, y podría ser acreedor(a) a una pena de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa (art. 247, fracción I del Código Penal Federal), y demás sanciones aplicables."

Aviso de Privacidad: Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados, según corresponda, en los sistemas Institucionales del INEA que han sido debidamente inscrito en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Los datos recabados en este registro consideran lo establecido en los Artículos 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de sujetos obligados.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

Todos los servicios que proporciona el INEA son gratuitos.



Delegación	Coordinación de zona	Fecha Año Mes Día
------------	----------------------	----------------------

Nombre del adulto

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

CURP o RFE 1ª. Etapa 2ª. Etapa 3ª. Etapa

INICIAL INTERMEDIA AVANZADA

Tipo de trámite:

Oficinas centrales	Coordinación de zona
1. Legalización de certificado <input type="checkbox"/>	3. Revisión de examen <input type="checkbox"/>
2. Dictamen de autenticidad <input type="checkbox"/>	4. Duplicado de credencial <input type="checkbox"/>
	5. Confirmación de calificaciones <input type="checkbox"/>
	6. Otro _____ <input type="checkbox"/>

Delegación

7. Confirmación de calificaciones

8. Solicitud de duplicado de certificado

9. Solicitud de emisión de una certificación con carácter de nivel

Recibí duplicado de certificado o certificación con folio:

Lugar y fecha: _____

Firma del adulto _____

10. Solicitud de corrección de certificado

Tipo de corrección:

En nombre

En fotografía

En calificación o promedio

Falta de sello

En la fecha de emisión

Falta de nombre y firma del delegado

Si la corrección es el nombre, calificación o promedio anote las etapas de aplicación de cada parte o grado

Para los trámites 5, 7, 8, 9 y 10 anexar copia del kardex del adulto (S.A.S.A. o Manual).

Firma del adulto
(firme como lo hizo en el examen)

Nombre y firma del responsable de acreditación

Para uso exclusivo de la delegación

Datos del certificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de emisión	Folio impreso