

FORMATO DE REGISTRO

DATOS GENERALES

_____	_____	_____
NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
_____	/	/
_____	_____	_____
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CURP
_____	_____	_____
GÉNERO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

DOMICILIO

_____	_____	_____
CALLE, ANDADOR, AVENIDA, ETC	NÚMERO, MANZANA Y/O LOTE	COLONIA
_____	_____	_____
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	MUNICIPIO

ESTADO		

ESCOLARIDAD/OCUPACIÓN

_____	_____	_____
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIO	*CARRERA O ESPECIALIDAD	OCUPACIÓN ACTUAL

AVISO:

Los datos que nos proporcioné serán tratados conforme a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche y demás normativa aplicable.

Sus datos serán utilizados sin que requieran su consentimiento expreso con las finalidades siguientes: validación, registro de datos, uso estadístico y de evaluación por parte de la instancia convocante.

La información que se incluye en este formato no tiene efecto para la calificación del concurso.

FIRMA DEL SOLICITANTE