INAP
INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, A.C.

FORMATO DE REGISTRO

No. de expediente ____ | ____
año | No. consecutivo

ESCUELA NACIONAL DE PROFESIONALIZACIÓN GUBERNAMENTAL
REGISTRO ACADÉMICO DEL PARTICIPANTE

CURSO

LICENCIATURA ☐
MAESTRÍA ☐
SEMINARIO TITULACIÓN ☐
DOCTORADO ☑
OTRO ☐ **ESPECIFIQUE** DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

SEDE (para cursos)

FECHA DE INICIO: 10/11/2023 **CICLO ESCOLAR** 2023-2025 **CUAJIMALPA** ☑

DÍA/MES/AÑO **ESPECIFIQUE:** Haga clic aquí para escribir texto.

DATOS PERSONALES

Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRE (S)**

SEXO

MASCULINO ☐ **CURP** Haga clic aquí para escribir texto. **RFC** Haga clic aquí para escribir texto.
FEMENINO ☐

TELÉFONO PARTICULAR: Haga clic aquí para escribir texto. **CELULAR:** Haga clic aquí para escribir texto.
CORREO ELECTRÓNICO: Haga clic aquí para escribir texto.

DOMICILIO PARTICULAR

Haga clic aquí para escribir texto.			Haga clic aquí para escribir texto.
CALLE	**NÚMERO INTERIOR**	**NÚMERO EXTERIOR**	**COLONIA**

Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

DATOS ACADÉMICOS

Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
NIVEL DE ESTUDIOS	**CARRERA O PROFESIÓN**

Haga clic aquí para escribir texto.
ESCUELA DE PROCEDENCIA

Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
ESTUDIOS DE POSGRADO	**ESPECIALIDAD**

Haga clic aquí para escribir texto.
ESCUELA DE PROCEDENCIA

DATOS LABORALES

FORMATO DE REGISTRO

DEPENDENCIA

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CENTRALIZADA ☐

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL PARAESTATAL ☐

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL ☐

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL ☐

OTRO ☐ **ESPECIFIQUE** Haga clic aquí para escribir texto.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Haga clic aquí para escribir texto.

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: Haga clic aquí para escribir texto.

CARGO: Haga clic aquí para escribir texto.

TELÉFONO LABORAL: Haga clic aquí para escribir texto.

DOMICILIO LABORAL

Haga clic aquí para escribir texto.			Haga clic aquí para escribir texto.
CALLE	**NÚMERO INTERIOR**	**NÚMERO EXTERIOR**	**COLONIA**

Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

FORMA DE FINANCIAMIENTO

%

INSTITUCIÓN PORCENTAJE OTORGADO ☐

BECA** ☐

PROPIO ☐

**INSTITUCIÓN QUE OTORGA LA BECA

SEP ☐

OTRO ☐ **ESPECIFIQUE** Haga clic aquí para escribir texto.