



SECRETARÍA DEL TRABAJO Y
PREVISIÓN SOCIAL

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
PROGRAMA DE APOYO PARA LA PRODUCTIVIDAD
REGISTRO DE TRABAJADORES BENEFICIARIOS
(PAP-02)



Vivir Mejor

Este formato deberá ser llenado con letra de molde legible.
(Toda la información se mantendrá con carácter de confidencial)
(Marque con una "X" donde se le solicite)

C.U.R.P.											

IDENTIFICACIÓN PERSONAL													
Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido					
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	F	M	Edad	Entidad de Nacimiento			No. IMSS		
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Nacionalidad				Estado Civil									
				Soltero(a)		Casado(a)		Viudo(a)		Divorciado(a)		Unión libre	Separado(a)
				<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domicilio Particular													
Calle			No.Ext.	No.Int.	Colonia		Ciudad o Localidad		Municipio o Delegación		Entidad	Código Postal	
Teléfono en el trabajo			Teléfono de casa, celular o recados				Fax		Correo electrónico				
Lada			Lada				Lada						

ESCOLARIDAD								
Nivel máximo de estudios en el que obtuvo certificado.								
Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria /Bachillerato	Normal	Carrera Técnica	Profesional	Maestría	Doctorado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DATOS LABORALES										
Nivel ocupacional				Nivel de ingresos				Antigüedad en la empresa		
Directivo	Empleado	Obrero especializado	Obrero general	de \$1,558 a \$3,288	de \$3,289 a \$4,932	de \$4,933 a \$8,220	\$8,221 o más	menos de 6 meses	6 meses a 2 años	Más de 2 años
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								

Seleccionar únicamente el tipo de apoyo en el que participa:

<input type="radio"/> El valor del trabajo	<input type="radio"/> Gestión de la Productividad Laboral	<input type="radio"/> Capacitación Específica
--	---	---

DATOS DEL APOYO (para uso exclusivo del oferente)											
CLAVE DE INTERVENCIÓN						R.F.C. DEL OFERENTE					

_____, _____ de _____ de _____
Lugar (Localidad y Entidad) Día Mes Año

FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR

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