|  |
| --- |
| FECHA: México D.F., a de de 201 . |

**FORMATO DE ENVÍO DE CANDIDATOS AL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CANDIDATO**: | **EDAD:**  |
| **NUM. DE EXPEDIENTE: N-** | **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** |
| **DIAGNÓSTICO MÉDICO:**  |
| **TIPO DE DISCAPACIDAD**: MOTORA ( ) AUDITIVA ( ) VISUAL ( ) INTELECTUAL ( ) MENTAL **( )** |
| **GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS:**ANALFABETA PRIMARIASECUNDARIA | ( )( )( ) | MEDIO SUPERIORSUPERIORPOSGRADO | ( )( )( ) | INCOMPLETOCON CERTIFICADOTITULADO | ( )( )( ) |
| **MOTIVO DE ENVÍO:** | DESEMPLEOCAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL:  | ( )( ) |
| **OBSERVACIONES:** |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL :****NUMERO DE EXTENSIÓN:** |  |

**N O T A:** SI EL CANDIDATO PRESENTA DIAGNÓSTICO PSIQUÁTRICO, PEDIR RESUMEN MEDICO CON:

* FECHA RECIENTE
* TIEMPO DE APEGO TERAPÉUTICO
* FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE