|  |
| --- |
| 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  PRIMARIA  SECUNDARIA | | ( )  ( )  ( ) | MEDIO SUPERIOR  SUPERIOR  POSGRADO | | | ( )  ( )  ( ) | INCOMPLETO  CON CERTIFICADO  TITULADO | | ( )  ( )  ( ) |
| **MOTIVO DE ENVÍO:** | DESEMPLEO  CAMBIO 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