



FORMATO DE REGISTRO CLÚSTERS

AREA DE INTERES

Turno:

Fecha:	Decoración con Globos		Aplicación de Pestañas 1x1			SPA				
Clúster de interés	<input type="checkbox"/>	Repostería Fina	<input type="checkbox"/>	Aplicación de Uñas	<input type="checkbox"/>	Textil	<input type="checkbox"/>	Belleza	<input type="checkbox"/>	Curso de computación
Actividad Actual										
¿Por qué está interesado (a) en tomar el clúster?										

DATOS GENERALES

Nombre										
Sexo	<input type="checkbox"/>	Hombre			<input type="checkbox"/>	Mujer				
Edad										
Estado civil										
CURP										
Teléfono					WhatsApp					
Otra forma de contacto										
Discapacidad	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	¿Cuál? -					

DATOS DEL DOMICILIO

Calle										
Colonia										
Municipio										
Tiempo de vivir en su domicilio actual										

FR-ID-FE-01- REV-01

