**CÉDULA DE REGISTRO**

**¨EDUCACIÓN QUE TRANSFORMA FRONTERAS ¨**

1. **NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:**

1. **EDAD:**
2. **ESTADO CIVIL:**
3. **LUGAR DE ORIGEN:**

**MUNICIPIO:**

**DISTRITO:**

**REGIÓN:**

1. **HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA:**

**MENCIONE CUÁL:**

1. **DOMINIO DE UN SEGUNDO IDIOMA**

**MENCIONE CUÁL:**

1. **EMPLEADO ACTUALMENTE:**
2. **RESIDENCIA ACTUAL:**
3. **NÚMERO TELEFÓNICO:**
4. **CORREO ELECTRÓNICO:**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

AL INSCRIBIRTE AL PROGRAMA QUE TRANSFORMA FRONTERAS, ACEPTAS SER BENEFICIADO CON LA **TARJETA MIGRANTE OAXAQUEÑA** E INTEGRARTE AL **PADRÓN ÚNICO DE OAXAQUEÑAS Y OAXAQUEÑOS EN EL EXTERIOR** PARA BRINDARTE SERVICIOS Y BENEFICIOS QUE EL GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA PONE A TU ALCANCE.

 **ACEPTO**