

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL TRABAJO INDUSTRIAL  
FORMATO 3. CARTA RESPONSIVA  
ICA-SCE-CR001

CARTA RESPONSIVA

\_\_\_\_\_, MÉX, A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO 20\_\_\_\_\_  
MUNICIPIO DÍA MES

A QUIEN CORRESPONDA  
PRESENTE

Por medio de la presente hago constar que yo, C. \_\_\_\_\_;  
(NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR)  
como \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_;  
(MADRE/PADRE/TUTOR) (NOMBRE DE LA O EL MENOR DE EDAD)  
que mi hijo(a), quien es menor de edad, pueda tomar el curso de capacitación  
\_\_\_\_\_, impartido en la modalidad \_\_\_\_\_ en un horario de \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL CURSO) (MENSUAL/BIMESTRAL)  
\_\_\_\_\_ en la \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Además de comprometerme a  
(EDAYO/UCE) (NOMBRE DE LA EDAYO O UCE)  
asumir la responsabilidad ante cualquier situación que pueda suscitarse dentro de las instalaciones anteriormente  
mencionadas; ya sea, por actos negligentes, imprudentes o de descuido derivados del comportamiento de mi  
hijo(a) o a resarcir los daños que este pudiera causar al no cumplir con las indicaciones o la normatividad aplicable;  
deslindando en este acto de toda responsabilidad civil o penal al Instituto de Capacitación y Adiestramiento para  
el Trabajo Industrial.

Así mismo, bajo protesta de decir verdad, ratifico las manifestaciones contenidas en este documento.

**DATOS DE CONTACTO**

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GÉNERO: F ( ) M ( ) ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE No. EXT. No. INT. COLONIA O LOCALIDAD

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL MUNICIPIO ESTADO OTRAS REFERENCIAS

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

TELÉFONO MOVIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

\*Anexar copia de la identificación oficial del padre, madre o tutor. (INE o IFE/pasaporte, vigentes)

