

Solicitud de Empleo

Sea tan amable de llenar esta solicitud
en forma manuscrita
NOTA: toda información aquí proporcionada será
tratada confidencialmente

Fecha

Día Mes Año

- Considerar sólo para vacantes
en dependencias del Gobierno del
Estado
- Considerar para vacantes dentro
y fuera del gobierno estatal

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

DATOS PERSONALES

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Edad	Género		
Domicilio		Colonia	Ciudad y Estado		Código Postal			<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Teléfono			
Vive con		Parientes		Solo		Celular			
<input type="checkbox"/> Sus padres		<input type="checkbox"/> Su familia		<input type="checkbox"/> Solo		Estatura		Peso	
Personas que dependen de usted		Padres		Otros		Estado civil			
<input type="checkbox"/> Hijos		<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro			
Puesto que solicita		Sueldo mensual que desea percibir		Correo Electronico					

DOCUMENTACIÓN

Reg. Fed. de Contribuyentes		Credencial de elector No.		Cartilla de Servicio Militar No.		Pasaporte vigente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene licencia de manejo?		En caso de ser extranjero qué documento le permite trabajar en el país					
Tipo CURP		Cédula Profesional		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> En trámite	

DATOS FAMILIARES

Nombre	Vive	Finado	Edad	Domicilio	Ocupación		
Padre							
Madre							
Esposa(o)							
Nombres y edades de los hijos							
¿Tiene parientes trabajando en Gobierno del Estado?		Nombre		Parentesco		Dependencia o Dpto. donde trabaja	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí							

ESCOLARIDAD

Institución Educativa	Nombre	Ciudad	Años cursados	Título obtenido en:
Primaria				
Secundaria				
Preparatoria o Bachillerato				
Profesional				Especifique
Estudios de posgrado				Especifique
Comercial u otras				Especifique
Estudios que está efectuando en la actualidad:				
Escuela	Horario	Curso o carrera	Grado	

CONOCIMIENTOS GENERALES

¿Qué idiomas domina?	(Nivel 50%, 75%, 100%)	Paquetes de computación que maneja
Máquinas de oficina o taller que sepa manejar		Otros trabajos o funciones que domina

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

Concepto	Actual o último	Empleo anterior	Empleo anterior
Nombre de la empresa			
Domicilio			
Teléfono			
Puesto desempeñado			
Nombre del jefe inmediato			
Puesto del jefe inmediato			
Periodo en que prestó sus servicios	de a	de a	de a
Sueldo mensual	inicial final	inicial final	inicial final
Motivo de la separación			
Observaciones			

DATOS GENERALES

¿Cómo supo de este empleo? <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Otro medio (menciónelo)		¿Tiene usted otros ingresos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (describalos)		Importe mensual \$
¿Ha estado afiliado a algún sindicato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿a cuál?		¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (¿dónde?)		Percepción mensual \$
¿Tiene seguro de vida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (nombre de la compañía)		¿Vive en casa propia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Valor aproximado \$
¿Esta dispuesto a viajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (razones)		¿Paga renta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Renta mensual \$
¿Esta dispuesto a cambiar de residencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (razones)		¿Tiene automóvil propio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Marca Modelo
Fecha en que puede empezar a trabajar		Turno en que puede trabajar		¿A cuánto ascienden sus gastos mensuales? \$
¿Cuenta con antecedentes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Penales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Policíacos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

ESTADO DE SALUD Y HÁBITOS PERSONALES

¿Cómo considera su estado de salud actual? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique cual		
¿Práctica Ud. algún deporte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especifique)		¿Pertenece a algún club social o deportivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especifique)		¿Cuál es su pasatiempo favorito?
¿Cuál es su meta en la vida?				

REFERENCIAS PERSONALES (NO INCLUIR JEFES ANTERIORES NI FAMILIARES)

Nombre	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES ANTES HECHAS POR MÍ SON ABSOLUTAMENTE VERDADERAS, QUEDANDO EN EL ENTENDIDO QUE AL ENCONTRARSE ALGUNA FALSEDAD EN ELLAS, ESTA SOLICITUD Y EL OBJETIVO PARA EL CUAL FUE LLENADA QUEDARÁN AUTOMÁTICAMENTE ANULADAS.

Firma del solicitante

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR:



**CENTRO
DE CAPACITACIÓN
Y DESARROLLO**