



Solicitud para ingresar al Programa de Apoyo para el Desarrollo Integral de Habilidades Profesionales

FO-CCSB-025-01

Favor de llenar esta solicitud en forma manuscrita

Fecha: / /

NOTA: La información aquí proporcionada será tratada confidencialmente.

Fotografía Reciente

Datos Personales

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)		Edad	
Dirección		Colonia		C. P.		Teléfono	
Correo Electrónico		Estado Civil		Sexo		O M O F	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad		O M O E	
Vive con:		Estatura		Peso			
<input type="radio"/> Sus padres <input type="radio"/> Su familia <input type="radio"/> Parientes <input type="radio"/> Solo							

Documentación

Clave Única del Registro de Población (CURP)			AFORE		
Reg. Fed. De Contribuyentes No.	Número de Seguro Social	Cartilla Servicio Militar No.	Pasaporte No.		
Licencia de manejo	Clase y No. de Licencia	Si es extranjero que documento le permite trabajar en el país			

Estado de Salud y Hábitos Personales

Actualmente ¿Cómo considera su estado de Salud?		¿Padece alguna enfermedad crónica?	
¿Qué deporte practica?	¿Pertenece a algún club social o deportivo?	Pasatiempo favorito	
¿Cuál es su meta en la vida?			

Datos Familiares

Nombre	Vive	Finado	Dirección	Ocupación
Padre				
Madre				
Esposa (o)				
Nombres y edades de los hijos				

Escolaridad

Nombre de la Escuela	Dirección	Fechas de	Años	Título Recibido
Primaria				
Secundaria o Prevocacional				
Preparatoria o Vocacional				
Profesional				
Comercial u Otras				
Estudios que efectúa en la actualidad				
Escuela	Horario	Curso o Carrera	Grado	

Conocimientos Generales

Que idiomas domina	Que funciones de oficina domina
Máquinas de oficina o taller que sepa manejar	Software que domina
Otras funciones que domine	

Empleo actual y anteriores

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ÚLTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
Tiempo que presto sus servicios			
Nombre de la compañía			
Dirección			
Teléfono			
Puesto que desempeñaba			
Sueldos:			
Motivo de su separación			
Nombre de su jefe directo			
Puesto de su jefe directo			
Podríamos solicitar informes de usted <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Porqué?			

Referencias Personales

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	OCUPACION	TIEMPO DE CONOCERLO

Datos Generales

¿Cómo se enteró de esta BECA - PROCESO? <input type="radio"/> Anuncio <input type="radio"/> Otro medio(anótelo)
¿Algún pariente trabaja en esta Dirección? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (nómbrelo)
¿Ha sido afianzado? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (nombre de la Cía.)
¿Ha estado afiliado a algún sindicato? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿a cuál?
¿Tiene seguro de vida? Suma asegurada <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (nombre de la Cía.)
¿Podría viajar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Razones)
¿Estaría dispuesto a cambiar su lugar de residencia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Razones)
¿En qué fecha podría presentarse a trabajar?

Datos Económicos

¿Tiene usted otros ingresos? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (descríbalos)	Importe mensual \$
¿Su cónyuge trabaja? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (dónde)	Percepción mensual \$
¿Vive en casa propia? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Valor aproximado \$
¿Paga renta? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Renta mensual \$
¿Posee automóvil propio? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Marca Modelo
¿Tiene deudas? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (¿con quién?)	Importe \$
¿Cuánto abona mensualmente? \$	
¿A cuánto ascienden sus gastos mensuales? \$	

Observaciones del entrevistador:

Sueldo mensual autorizado
\$ _____

Hago constar que mis respuestas son verdaderas

Firma del solicitante

Recibió solicitud y expediente

Firma de auxiliar