GOBIERNO DE SONORA
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SONORA

DIF SONORA

SONORA TIERRA DE OPORTUNIDADES

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SOLICITUD DE EMPLEO

Lugar	**Fecha**

IDENTIFICACION PERSONAL

Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento
Domicilio completo			Día	Mes	Año	Sexo / Edad
			Nacionalidad:			M / F
			Estado Civil			
Colonia:			Soltero	Casado	Divorciado	Viudo / Unión Libre
Municipio:			Estatura			Complexión
Teléfono:						Delgada / Media / Robusta
Tiempo de residir en el domicilio actual:			Cartilla SMN			Afiliación al IMSS (SI) (NO)
Medio de transporte habitual:			Pre.	Lib.	No	Número:
Sabe manejar:	Automático ( )	Standard ( )	Licencia de manejo vigente:			
Tipo de discapacidad:			Tiempo con la discapacidad:			

ESCOLARIDAD

Estudios realizados							Idiomas	Traduce			Escribe			Habla		
Ninguna								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Sabe leer y escribir:								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Primaria	1	2	3	4	5	6	R= Regular B= Bien MB= Muy bien									
Secundaria o equivalente				1	2	3	¿Estudia actualmente?									
Preparatoria				1	2	3	Si				No					
Profesional	1	2	3	4	5	6	¿Qué estudia?				Año que dejó de estudiar:					
Postgrado	1	2	3	4												
Constancia de Estudios		Especialidad									Porqué dejó de estudiar?					
Si	No						En que horario?				Terminó sus estudios ( )					
Otros estudios realizados:							Matutino ( )				Fue suficiente para laborar ( )					
							Vespertino ( )				Necesitó trabajar ( )					
							Nocturno ( )				Otras razones ( )					
											Especifique:					

SITUACION E HISTORIA LABORAL

¿Trabaja actualmente?					
Si			No		
Cuál es el motivo por el que busca trabajo	Por cambiarse de trabajo		Nunca ha trabajado ( )		
			Cerró o quebró su fuente de trabajo ( )		
			Ajuste de personal ( )		
			Despido sin causa justificada ( )		
	Por tener dos empleos		Termino de contrato ( )		
			Se retiró voluntariamente ( )		
			Otro (Especifique)		
Qué otros medios han utilizado para buscar trabajo:					
Ninguno	Radio	Periódico	Directo en centros de trabajo	Otras bolsas de trabajo	Amigos, familiares
Qué actividades realiza:					

GOBIERNO DE SONORA
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SONORA

DIF SONORA

SONORA TIERRA DE OPORTUNIDADES

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SOLICITUD DE EMPLEO

Nota: Si trabaja por su cuenta también anótelo a continuación:

CONCEPTO	TRABAJO ACTUAL O ULTIMO	TRABAJO ANTERIOR
Nombre de la empresa		
Dirección y teléfono		
Puesto ocupado		
Actividades desempeñadas		
Sueldo mensual		
Fecha de ingreso		
Fecha de separación		
Causa de la separación		

REFERENCIAS PERSONALES:

NOMBRE	DOMICILIO	TELEFONO

SITUACION ECONOMICA:
Ingresos:

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?	Para el sostenimiento del hogar ¿Quiénes contribuyen?
¿Cuántos son menores de 18 años?	Usted es el único sostén económico ( )
¿Cuántos son mayores de 18 años?	Usted y otra persona ( )
Ingreso mensual aproximado (incluyéndolo a usted)	Ayuda económicamente al jefe del hogar ( )
$	Otro (especifique)

Comentarios adicionales que considere importantes para su colocación en un empleo:

La Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, le apoya para mejorar su calidad de vida y pueda ser una persona independiente y socialmente igual a los demás. Esto será posible solo con su desempeño y dedicación y el Consejo, estará pendiente de sus resultados en su trabajo.
Está en usted el fortalecer a la familia sonorense, por lo que al firmar esta solicitud, usted adquiere un compromiso de salir adelante y poner en alto su persona, su familia y su estado.

_____

Nombre y Firma del Solicitante.