|  |  |
| --- | --- |
| 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: |
|  |

Pág. 01 de 02

**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**.