|  |  |
| --- | --- |
| 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**.