

# Solicitud de Empleo

FOTOGRAFÍA  
RECIENTE

Sea tan amable de llenar esta solicitud en forma manuscrita

NOTA: Toda información aquí proporcionada será tratada confidencialmente

Considerar sólo para vacantes en dependencias del Gobierno del Estado

Considerar para vacantes dentro y fuera de Gobierno del Estado

Fecha

## DATOS PERSONALES

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

## DOCUMENTACIÓN

Reg. Fed. de Contribuyentes	Credencial de elector No.	Cartilla de Servicio Militar No.	Pasaporte vigente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene licencia de manejo? Tipo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso de ser extranjero qué documento le permite trabajar en el país		
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(as)					
¿Tiene parientes trabajando en Gobierno del Estado?	Nombre		Parentesco		Dependencia o Depto. donde trabaja
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					

## ESCOLARIDAD

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

## 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 compañía o empresa						
Domicilio						
Teléfono						
Puesto desempeñado						
Nombre del jefe(a) inmediato						
Puesto del jefe(a) 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 cía)		¿Vive en casa propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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? 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 cuál		
¿Practica algún deporte?		¿Pertenece a algún club social o deportivo?		¿Cuál es su pasatiempo favorito?
¿Cuál es su meta en la vida?				

**REFERENCIAS PERSONALES (NO INCLUIR JEFES(AS) ANTERIORES NI FAMILIARES)**

Nombre	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerle

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

LOS DATOS PERSONALES PODRÁN SER TRATADOS Y TRANSFERIDOS SIN SU CONSENTIMIENTO, EN LOS CASOS PREVISTOS EN LOS ARTÍCULOS 20 Y 98 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.  
EL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL ESTÁ DISPONIBLE EN WWW.CHIHUAHUA.GOB.MX/HACIENDA.

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante

COMENTARIOS DE ENTREVISTADOR(A):



**MÁS CHIHUAHUA**  
más de lo bueno  
GOBIERNO DEL ESTADO

**SECRETARÍA DE HACIENDA**