**Esta forma debe ser llenada a mano y con tinta por el solicitante. El hecho de que el Colegio de Bachilleres del Estado de Quintana Roo reciba esta solicitud, no significa que acepta como empleado al interesado. Cuando haya sido aceptado se le llamará para continuar el proceso de selección. El solicitante acepta al firmarla que cualquier inexactitud o falsedad en los datos en ella consignados será suficiente para la cancelación del contrato de trabajo respectivo.**

**FT-RH-2301**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de solicitud** | | | | | | |
| **DÍA** | | | | **MES** | | **AÑO** |
|  | | | |  | |  |
| DATOS DEL ASPIRANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | | | | | | | **Apellido Materno** | | | | | | **Nombre (s)** | | | | | | | **Puesto Solicitado** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **Domicilio Completo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **Ciudad** | | | | | | | | **Estado** | | | | | | **Código Postal** | | | | | | | **Tiempo de Residencia** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **Teléfono de Casa** | | | | | | | | **Teléfono Celular** | | | | | | **Correo Electrónico** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento** | | | | **Lugar de Nacimiento** | | | | | | | **Edad** | | | **Sexo** | | | | | **Nacionalidad** | | | | | **Estado Civil** | | |
| **Día** | **Mes** | **Año** | |  | | | | | | |  | | | **O** MASCULINO  **O** FEMENINO | | | | |  | | | | |  | | |
|  |  |  | |
| **Estatura** | | | **Peso** | | | | | **Actualmente vive con** | | | | | | | | | | | **Especifique** | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No. Licencia de Conducir** | | | | | | **Tipo** | | | | **Institución de Seguridad Social** | | | **No. Seguridad Social** | | | | | | **R.F.C.** | | | | | | **No. Pasaporte** | |
|  | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| **CURP** | | | | | | | | | | **INE** | | | | | | | | | **En caso de ser extranjero, documento que le permite trabajar en el país.** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| SITUACIÓN ECONÓMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número de dependientes** | | | | | | | **La casa que habita es** | | | | | | | | **Otra. Indique…** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Si esta hipotecada, indique su valor** | | | | | | | | | | **Institución que otorgó la hipoteca** | | | | | | | | | **Especifique:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Medio que utiliza para transportarse** | | | | | | | | | **Si utiliza vehículo propio. Especifique** | | | | | | | **Otro. Especifique** | | | | | **Modelo** | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Tiene Seguro de Vida** | | | | **Posee créditos** | | | | | | **Su cónyuge trabaja** | | **En qué empresa** | | | | | **Puesto que desempeña** | | | | | **Sueldo mensual que percibe** | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **Tiene Ud. Otros ingresos** | | | | | **Por concepto de:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sueldo mensual que percibe** | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS FAMILIARES (Padre, Madre, Conyugue e Hijos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre completo** | | **Parentesco** | | | | | **Edad** | **Depende de usted** | | **Vive** | | | | **Ocupación y empresa** | | | **Domicilio** | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| DATOS ESCOLARES (Especifique el Último Nivel de Estudios) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Último grado cursado** | | **Documento Recibido** | | | | | | | **Nombre de la Escuela** | | | | | **Ciudad** | | | | **Años** | | | **Especialidades** | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | **De** | | | **A** |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |  | |
| **Estudia actualmente** | | **Nombre de la Carrera** | | | | | | | | | | | | | | | **Horario** | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| DATOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Último empleo** | | | | | **Razón Social** | | | **Teléfonos** | | | | | **Puesto desempeñado** | | | | **Fecha de Ingreso** | | | | | **Sueldo Inicial** |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  |
| **Jefe Inmediato (Nombre, Puesto)** | | | | | **Motivo de la separación** | | | | | | | | | | | | **Fecha de separación** | | | | | **Sueldo final** |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| IDIOMAS Y/O DIALECTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDIOMAS** | | | | | | | | | | | | **DIALECTOS** | | | | | | | | | | |
| **Español** | **Inglés** | | **Francés** | | | **Otro, especifique** | | | | | | **Dialecto** | | | | **Nivel** | | | **Otro, especifique** | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| ESTADO DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Padece alguna enfermedad?** | | | | **Indique cuál** | | | | | | | **¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?** | | | | | | **¿Cuál y cuándo?** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  |
| **¿Ha sufrido algún accidente de trabajo?** | | | | | **Indique cuál y cuándo** | | | | | | | | | | **En los últimos 12 meses ¿cuántas incapacidades de trabajo ha tenido?** | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Pasatiempo, deporte o actividad favorita** | | | | | | | | | | | **¿Practica algún deporte?** | | | | | | **¿Cuál?** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REFERENCIAS PERSONALES | | | |
| ***MENCIONE DOS PERSONAS QUE NO SEAN PARIENTES, NI JEFES DE SUS EMPLEOS ANTERIORES*** | | | |
| **Nombre** | **Ocupación** | **Dirección** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Hago constar que los datos escritos en esta solicitud son verdaderos** | | | |
|  |  | |  |
|  | |
| **NOMBRE COMPLETO Y FIRMA** | | | |