



Campaña _____
Horario _____
Fecha de ingreso _____

Autorización
de
contratación

Nombre y firma del responsable

SOLICITUD DE EMPLEO

Puesto solicitado

Fecha

Disponibilidad de rolar turnos _____

Disponibilidad fines de semana _____

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Sexo

Edad

Fecha de nacimiento

Edo. Civil

VIVIENDA

Calle

No.

Colonia

Delegación

C.P

Teléfono de casa

Celular

Correo electrónico

Teléfono de emergencia y nombre

Medio de transporte

Tiempo de traslado

¿Quién depende económicamente de usted?

DATOS FAMILIARES

Número de hijos _____

Edades de hijos _____

Sexo de hijos _____

DATOS ESCOLARES

Último grado de estudios: _____

Documento obtenido/Fecha: _____

¿Estudias actualmente? SI ____ NO ____

Institución: _____

Tiempo de traslado de tu institución al sitio de trabajo _____

ANTECEDENTES

Marca con un SI o No en todas las opciones

	Propias	Familiares
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Propias	Familiares
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Propias	Familiares
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Propias	Familiares
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras:	_____	_____

Tipo de sangre _____ ¿Alergia a algún medicamento? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

¿Requiere permisos para continuar algún tratamiento, terapia o rehabilitación propia o de un familiar? _____

¿Esta actualmente embarazada? Si ____ No ____ ¿Semanas? ____ ¿Está o ha estado implicado en algún proceso penal? Si ____ No ____

DATOS LABORALES

Último

Anterior

Anterior

Nombre de la compañía

Teléfono de referencias

Nombre de su jefe

Fecha de ingreso

Fecha de salida

Puesto

Funciones

Sueldo base

Bonos o comisiones

Motivo de su separación

¿Has participado en proceso de seleccion o trabajado para grupo salinas? (Elektra, Banco Azteca, Total Play, Iusacell, Proyecto 40 SMART, CAPTA, Ovi Movil o Italika) SI ____ NO ____ ¿Cuál? _____

¿Está usted actualmente sindicalizado? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

¿Alguien de su familia pertenece a un sindicato? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

¿Cuentas con crédito Infonavit o Fonacot? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

Nombre y firma del candidato

AVISO DE PRIVACIDAD:

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, expresamente autorizó a GRUPO NACH el uso de toda la información personal y curricular arriba proporcionada a efecto de que GRUPO NACH por medios impresos o electrónicos, promueva la misma considerando que el abajo firmante cuenta con la previa firma de autorización de las personas mencionadas, para que sean considerados como posibles candidatos para alguna oportunidad profesional de los asociados a GRUPO NACH, no teniendo ni reservado ninguna acción o derecho en contra de GRUPO NACH o sus empleados, asociados o funcionarios.

Nombre y firma del entrevistador

Nombre y firma de autorización