

Fecha	Puesto solicitado	Sueldo Mensual deseado
-------	-------------------	------------------------

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Edad	Teléfono Celular
Domicilio (calle y número)		Colonia	Teléfono	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Municipio	Código postal	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Correo electrónico
Vive con <input type="checkbox"/> Sus padres <input type="checkbox"/> Su familia <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Solo			Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	
Personas que dependen de usted <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros				

DOCUMENTACIÓN

Reg. Fed. de Contribuyentes No.	Afiliación al Seguro Social No.	Curp
---------------------------------	---------------------------------	------

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 crónica ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Explique)	¿Fuma?	¿Toma?	¿Problemas con drogas?
¿Practica Ud. algún Deporte ?	¿Pertenece a algún Club Social o Deportivo ?	¿Cuál es su pasatiempo favorito ?		
¿Cuál es su meta en la vida ?				

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCUPACIÓN
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Nombre, edades y ocupación de los hijos				
Nombre, edades y ocupación de los hermanos				

ESCOLARIDAD

NOMBRE DE LA ESCUELA	DOMICILIO	FECHAS DE A	AÑOS	TÍTULO RECIBIDO
Primaria				
Secundaria o Prevocacional				
Preparatoria o Vocacional				
Profesional				
Comercial u Otras				
Estudios que esta efectuando en la actualidad :				
Escuela	Horario	Curso o Carrera		Grado

CONOCIMIENTOS GENERALES

Idiomas que domina	Funciones de oficina que domina
Máquinas de oficina o taller que sepa manejar	
Otros Trabajos o funciones que domina	¿Has trabajado anteriormente en establecimientos de Alimentos y Bebidas? ¿Dónde?

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ULTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
Tiempo que prestó sus servicios				
Nombre de la Compañía				
Domicilio				
Teléfono				
Puesto desempeñado				
Sueldo Mensual Libre Inicial Final				
Motivo de su separación				
Nombre de su jefe directo				
Puesto de su jefe directo				
Podemos solicitar informes de usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Razones)			

REFERENCIAS PERSONALES (Favor de no incluir parientes o jefes anteriores)

NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE CONOCERLO

DATOS GENERALES

¿ Cómo supo de este empleo ? <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Soy cliente <input type="checkbox"/> Me recomienda un empleado
¿ Parientes trabajando o que hayan trabajado en esta Empresa ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (nómbrelos)
¿ Amigos, conocidos o vecinos trabajando en la Empresa ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (¿quién?)
¿ Ha estado afiliado a algún sindicato ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (¿cuál?)
¿ Puede trabajar en horarios rotativos ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿ Problemas de traslado / transporte ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿ Esta dispuesto a cambiar su lugar de residencia ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha en que podría presentarse a trabajar

DATOS ECONÓMICOS

¿ Tiene usted otros ingresos ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (describalos) \$
¿ Su cónyuge trabaja ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿ Vive en casa propia ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿ Paga renta ? Renta mensual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿ Tiene automóvil propio ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿ Tiene deudas ? Importe <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (¿con quién?)
¿ Cuánto abona mensualmente ?
¿ A cuánto ascienden sus gastos mensuales ?

Comentarios del entrevistador

Hago constar que mis respuestas son verdaderas
Firma del solicitante