



GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA
SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA
SUBSECRETARIA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE CAPITAL HUMANO
DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

FOTO

SOLICITUD DE EMPLEO/REGISTRO DE FILIACION

ESTATAL FEDERAL

DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AP. PATERNO

AP. MATERNO

NOMBRE(S)

A A A A M M D D

RFC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CURP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEXO

F M

ESTADO CIVIL

SOLTERO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

CASADO

VIUDO

LUGAR DE NACIMIENTO:

LOCALIDAD, ESTADO

NACIONALIDAD:

PUESTO SOLICITADO: _____

TIENE ANTECEDENTES PENALES: SI _____ NO _____

SU ESTADO DE SALUD ES: BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA: NO _____ SI _____ (EXPLIQUE) _____

SE ANEXA CERTIFICADO MEDICO: _____ TIPO DE SANGRE _____ EDAD: _____

ALERGIAS: _____

PRACTICA USTED ALGUN DEPORTE: _____

CUAL ES TU PASATIEMPO FAVORITO: _____

CUAL ES SU META EN LA VIDA: _____

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE	NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
COLONIA	CODIGO POSTAL	LOCALIDAD
		MUNICIPIO Y ESTADO

DOMICILIO FISCAL

CALLE	NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
COLONIA	CODIGO POSTAL	LOCALIDAD
		MUNICIPIO Y ESTADO

TELEFONO PARTICULAR CON LADA: _____ TELEFONO CELULAR: _____

TELEFONO DE OFICINA: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

ESCOLARIDAD

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____ TITULADO PASANTE

ESPECIFICAR EN QUE ESCUELA CULMINO SUS ESTUDIOS: _____

ESPECIFICAR ESPECIALIDAD(ES): _____

IDIOMAS EXTRANJEROS QUE DOMINA: _____

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:(SI/NO): _____ TIPO DE DISCAPACIDAD: _____

PUEDE VIAJAR SI _____ NO _____

DEPENDIENTES ECONOMICOS QUE AFILIARA AL SERVICIO MEDICO DE ISSSTESON/ISSSTE (ESPOSA E HIJOS)

NOMBRE	SEXO		PARENTESCO	NOMBRE	SEXO		PARENTESCO
	F	M			F	M	

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ OCUPACION: _____ TIEMPO DE CONOCERLO: _____

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO: EMPLEO ACTUAL EMPLEO ANTERIOR: EMPLEO ANTERIOR: EMPLEO ANTERIOR:
 O ULTIMO:

TIEMPO QUE PRESTO SUS SERV.				
NOMBRE DE LA COMPANIA				
DIRECCION				
TELEFONO				
PUESTO QUE DESEMPEÑO				

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

(PARA EL CASO DEL FALLECIMIENTO DEL TITULAR, FAVOR REDONDEAR A UN 100%)

	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS AQUÍ CONTENIDOS SON VERDADEROS Y QUE ACEPTO LAS CONDICIONES LABORALES ENMARCADAS EN LOS LINEAMIENTOS QUE REGIRÁN EN MI VIDA LABORAL, DENTRO DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA; EN CASO DE QUE LA SECRETARIA DE LA CONTRALORÍA DETERMINE MI INHABILITACIÓN, MI NOMBRAMIENTO QUEDARA SIN EFECTO. ASÍ MISMO DECLARO QUE _____ ME ENCUENTRO DESEMPEÑANDO OTRO EMPLEO O COMISIÓN, DENTRO DE OTRA ENTIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA FEDERAL Y/O ESTATAL. EN CASO AFIRMATIVO, DEBERÁ ANEXAR SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD.

DECLARO

DE CONOCIMIENTO QUE EN CASO DE QUE VAYA A DESEMPEÑAR OTRO EMPLEO DENTRO DE ESTA DEPENDENCIA Y/O EN OTRA INSTITUCION, TENGO LA RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR ANTE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL LA SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD DE HORARIOS ACTUALIZADA PARA SU VALIDACION Y/O AUTORIZACION.

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL INTERESADO