



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:

NACIONALIDAD:

LOCALIDAD, ESTADO

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.	EMPLEO ACTUAL	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
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