

Entidad Federativa \_\_\_\_\_

Para brindarle un mejor servicio, sírvase proporcionar todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad.

Este formato deberá ser llenado con letra de molde legible y los datos serán incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el Sistema y protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás normatividad aplicable.

Fecha: 

D	D	M	M	A	A	A	A

<b>Datos Personales</b>									
<b>Datos de la clave única de Registro de Población</b>									
La CURP te servirá como identificador para tu registro en el Servicio Nacional de Empleo									
<b>CURP</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Nombre(S)					Primer apellido			Segundo apellido	
Sexo ( ) Hombre      ( ) Mujer									
Fecha de Nacimiento			Edad	Lugar de nacimiento		Estado civil			
día	mes	año				Soltero ( )    Casado ( )    Viudo ( )    Divorciado ( )			
<b>Domicilio actual</b>									
Calle					Número Exterior			Número Interior	
Entre que calles _____ y _____									
Entidad federativa donde radicas			Municipio o delegación		Localidad		Colonia	Código Postal	
<b>Confidencialidad de datos</b>									
¿Deseas que tus datos personales (CURP y domicilio) permanezcan confidenciales para el contacto inicial con las empresas?								SI ( )	NO ( )
<b>Datos de contacto</b>									
Teléfono: Debes anotar un total de 10 dígitos (Clave LADA + Teléfono)									
Teléfono Fijo	Personal	PAÍS	LADA	TELÉFONO			NO TENGO		
	Referencia*								
Teléfono Móvil	Personal	CLAVE		TELÉFONO		TELÉFONO INTELIGENTE		NO TENGO	
	Referencia*								
Correo electrónico	Personal	USUARIO			@		DOMINIO		NO TENGO
	Referencia*								

\*Nota: Los datos de referencia son obligatorios.

**Otros medios de contacto**

Twitter \_\_\_\_\_

Facebook \_\_\_\_\_

**Escolaridad y otros conocimientos**

**Estudios**

Último grado de estudios	Carrera o especialidad	Situación académica
--------------------------	------------------------	---------------------

¿Realizaste tus estudios con apoyo de PROSPERA Programa de Inclusión Social?

- ( ) Si
- ( ) No

Si cuenta con No. de Familia ID PROSPERA anótalo en el siguiente recuadro:

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

**Idiomas**

Idioma adicional al nativo	Dominio del idioma	Certificación

**Computación**

Conocimientos en computación  
Puedes seleccionar más de una opción

- ( ) Ninguno
- ( ) Procesador de textos
- ( ) Hojas de Cálculo
- ( ) Internet o correo electrónico
- ( ) Redes sociales

Otros conocimientos en computación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Habilidades y aptitudes</b>					
Selecciona máximo 5 habilidades y aptitudes que te caracterizan					
	Autonomía		Liderazgo		Adaptación al cambio
	Razonamiento Lógico-matemático		Orientación a resultados		Tolerancia a la presión
	Negociación		Orientación al cliente		Mejora continua
	Pensamiento crítico		Compromiso		Análisis y solución de problemas
	Trabajo en equipo		Creatividad e innovación		Planeación estratégica
	Motivación		Calidad en el trabajo		Comunicación
	Proactividad		Aprendizaje constante		
<b>Expectativa y experiencia laboral</b>					
<b>Expectativas laborales</b>					
¿Qué empleo buscas?					
¿Qué salario o sueldo pretendes?			Tipo de contrato		Años de experiencia
¿Qué otra opción de empleo te interesa?				Años de experiencia	
Describe tu experiencia Describe lo que sabes hacer relacionado al empleo que buscas; Ejemplo de Auxiliar Administrativo: elaboraciones de nómina, altas, bajas y modificaciones en el Seguro Social; INFONAVIT, pago de nómina, etcétera					
¿Puedes viajar?			¿Puedes radicar en otra ciudad?		
	Si			Si	
	No			No	
<b>Trabajo actual o último</b>					
Nombre o razón social de la empresa					
Puesto desempeñado			Jerarquía del puesto		
Número de personas a cargo			Salario mensual recibido		
Fecha de ingreso			Fecha de terminación		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Funciones desempeñadas
------------------------

**Situación laboral**

**Situación laboral actual**

Trabajas actualmente

( ) Si

( ) No

Motivo por el cual buscas trabajo

Fecha en que comenzaste a buscar trabajo

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Qué otros medios has utilizado para buscar trabajo?

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Buscador en la web	<input type="checkbox"/> Periódico de ofertas de empleo del SNE
<input type="checkbox"/> Anuncio en periódico	<input type="checkbox"/> Cartel	<input type="checkbox"/> Servicio Nacional de Empleo
<input type="checkbox"/> Anuncio en radio	<input type="checkbox"/> Directo en centros de trabajo	<input type="checkbox"/> Sindicatos
<input type="checkbox"/> Anuncio en revista	<input type="checkbox"/> Familiares o amigos	<input type="checkbox"/> Tríptico o díptico
<input type="checkbox"/> Anuncio en televisión	<input type="checkbox"/> Feria del empleo	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Bolsa Trabajo o agencia colocación	<input type="checkbox"/> Kioscos cibernéticos	

¿Cómo te enteraste del Portal del empleo?

**Otros estudios y conocimientos**

Curso/ taller/ diplomado	Nombre	Institución	Situación	Fecha inicio			Fecha fin		
				DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

Conocimiento	Experiencia (años)	Descripción

**Información Complementaria**

¿Habla alguna lengua indígena?

No ( )

Si ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad?

Ninguna ( ) Motora ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Mental ( )

¿Considera que requiere capacitación para adquirir o fortalecer sus conocimientos y habilidades para encontrar un trabajo?

SI ( ) NO ( )

¿En qué considera que necesita capacitación?

¿Cuenta con tiempo mínimo de seis horas diarias para tomar un curso de capacitación?

SI ( ) NO ( )

¿Ya tiene un negocio por cuenta propia?

No ( ) Si ( ) ¿Qué tipo o giro de negocio? \_\_\_\_\_

¿Pretende poner un negocio por cuenta propia?

No ( ) Si ( )

¿Cuenta con recursos para iniciarlo? No ( ) Si ( )

¿Ha sido beneficiado del Programa de Apoyo al Empleo o algún otro Programa Federal? No ( ) Si ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Especifique

Indique cuál es su CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA (CLABE), la cual debe estar activa.

<input type="text"/>																	
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nombre del Banco:

En caso de ser aceptado para participar en algún curso del Subprograma Bécate en las modalidades de Capacitación en la Práctica Laboral, Capacitación para el Autoempleo y Capacitación para Técnicos y Profesionistas, tendrás derecho a un seguro contra accidentes. Por lo que se te solicita designes a tus beneficiarios (se sugiere que sea sólo uno y que sea mayor de edad).

Nombre	Domicilio	Parentesco	Porcentaje

Señale si cuenta con los siguientes documentos

Identificación Oficial ( )

Especifique cual \_\_\_\_\_

Documento que acredite su nivel de escolaridad ( )

Especifique cual \_\_\_\_\_

Comprobante de domicilio reciente ( )

Especifique cual \_\_\_\_\_

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos.

Solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Sólo para ser llenado por la Oficina del Servicio Nacional de Empleo**

**Cuestionario sobre el perfil del solicitante para determinar su canalización a algún subprograma <sup>1</sup>**

Perfil del solicitante	BÉCATE				Fomento al Autoempleo	Movilidad Laboral		Repatriados Trabajando
	CPL	CM	CTP	CAE		Industrial y de servicios	Agrícola	
1. Edad, 16 años y más					18 años y más			
2. Escolaridad (Mínimo saber leer y escribir)							Si = 1 No = 1	Si = 1 No = 1
3. Buscador de Empleo								Presenta su Constancia de repatriación emitida por el INM?  Si <input type="checkbox"/> = 13  No <input type="checkbox"/> = 0
4. ¿Cuenta con tiempo mínimo de seis horas para tomar un curso de capacitación?					Si = 0 No = 1			
5. ¿Busca trabajo asalariado?					Si = 0 No = 1			
6. ¿Requiere actualizar, mejorar y/o reconvertir sus competencias, habilidades y/o destrezas laborales?					Si = 0 No = 1			
7. ¿Trabaja actualmente?								
8. ¿Busca trabajo por cuenta propia?				Si = 1 No = 0	Si = 1 No = 0			
9. ¿Tiene un negocio?				Si = 1 No = 1	Si = 1 No = 1			
10. ¿Piensa iniciar un negocio?				Si = 1 No = 0	Si = 1 No = 0			
11. ¿Cuenta con recursos para iniciar u operar un negocio?				Si = 1 No = 0	Si = 1 No = 0			
12. ¿Tiene experiencia laboral?					Si = 1 No = 0			
13. ¿Tiene disponibilidad para viajar?					Si = 0 No = 1	Si = 1 No = 0	Si = 1 No = 0	
14. ¿Tiene disponibilidad para vivir en otro lugar?					Si = 0 No = 1	Si = 1 No = 0	Si = 1 No = 0	
15. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual en su núcleo familiar? \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Es menor a seis salarios mínimos?					Si = 1 No = 0			
<b>CALIFICACIÓN TOTAL</b>								

<sup>1</sup> Aquellas opciones donde el solicitante obtenga mayor puntuación reflejará el Subprograma y/o modalidad de capacitación más acorde a su perfil; sin embargo, dicha calificación es **indicativa** y no limitativa para la toma de decisiones sobre la selección del solicitante.

De acuerdo con el resultado del análisis del perfil e interés del Solicitante de empleo, se dictamina su selección a:

<b>Subprograma</b>	<b>Modalidad</b>	Solicitante de empleo ( )	Instructor ( )	Enlace de campo ( )
--------------------	------------------	---------------------------	----------------	---------------------

**Observaciones**

En caso de requerirse, anote la información que considere relevante sobre la selección del Solicitante de empleo.

Clave de grupos poblacionales específicos (marcar con una "X", según corresponda)	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Al firmar el presente formato, estoy de acuerdo en que conforme a lo establecido en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás normatividad aplicable, mis datos personales sean utilizados para los fines previstos en dicha normatividad.	
Solicitante	Personal de la OSNE
_____ Nombre y firma	_____ Nombre y Firma

**"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".**

"Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar a los teléfonos **01-800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172, 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social**". Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.