Medicina estetica

SOLICITUD DE EMPLEO

NOTA: La información aquí proporcionada será tratada confidencialmente.

Fecha
Puesto que solicita
Sueldo mensual deseado

FOTOGRAFíA RECIENTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Edad _____

Dirección _____ Colonia _____ Código Postal _____ Sexo _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

Estado Civil _____ Celular _____ Teléfono _____ E-Mail _____

Documentación

Clave única de registro de población (CURP)

_____

Reg. Fed. Contribuyentes No. _____ Número de Seguridad Social _____

Licencia de Manejo SI___ NO___ Clase y No de Licencia _____

Estado de Salud y Hábitos Personales

¿Cómo considera su estado de salud?

BUENO ___ REGULAR___ MALO___

¿Padece alguna enfermedad crónica?

NO ___ SI, ¿cuál? _____

¿Qué deporte practica? _____

¿Pertenece a algún club social o deportivo? _____

¿Cuál es su pasatiempo favorito? _____

¿Cuál es su meta en la vida? _____

Medicina estetica

SOLICITUD DE EMPLEO

Escolaridad

	Nombre de la Escuela	Fecha	Titulo Recibido
Primaria	_____	_____	_____
Secundaria	_____	_____	_____
Preparatoria	_____	_____	_____
Universidad	_____	_____	_____

Conocimientos Generales

Idiomas que domina _____

Funciones de oficina que domina _____

Software que sepa manejar _____

Equipos de clínica que sepa utilizar _____

Otras funciones que domine _____

Empleo actual y anteriores

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
Tiempo que prestó servicio	_____	_____	_____
Nombre de la compañía	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____
Puesto que desempeñaba	_____	_____	_____
Motivo de su separación	_____	_____	_____
¿Podríamos solicitar informes de usted?	_____	_____	_____

Medicina estetica

SOLICITUD DE EMPLEO

Otros Datos

¿Tiene usted otros ingresos?		
¿En qué fecha podría presentarse a trabajar?		
¿Cómo nos ha conocido?		
¿Qué disponibilidad de horario tiene?		
Describe tus cualidades como cosmetóloga		

Requisitos adicionales necesarios:

1.- Currículo Vitae

2.- Identificación IFE

3.- Comprobante de domicilio

4.- Carta de recomendación

Declaro que los datos asentados en esta solicitud son verídicos y acepto se me dé de baja inmediatamente, en caso de incurrir en falsedad

FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

_____