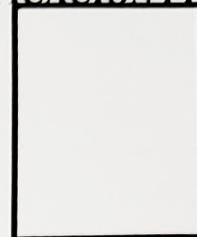


# FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



## DATOS PERSONALES

<b>APELLIDO PATERNO</b>		<b>APELLIDO MATERNO</b>		<b>NOMBRE(S)</b>	
ALMANZA		ZAVALA		MIGUEL	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		
<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DÍA</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>ESTAD O</b>	<b>PAÍS</b>
██████	██	██	██████████	██	██████████
<b>NACIONALIDAD</b>			<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>SEXO</b>
██████████			██████████		MASCULINO
					FEMENINO
			<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>DOMICILIO PERSONAL (CALLE, NÚMERO EXT/INT, COLONIA)</b>					
██					
<b>CÓDIGO POSTAL</b>		<b>MUNICIPIO</b>		<b>ESTADO</b>	
██████		██████████		██████████	

<b>TELÉFONO PARTICULAR</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
██████████	██
<b>CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</b>	<b>REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES</b>
██	██

**Documentos aprobatorios que acompañan**

1. Copia Simple de acta de nacimiento
2. CURP
3. Copia de la Cédula del RFC
4. Copia de último certificado de estudios.
5. Copia de la Identificación oficial con fotografía
6. Copia de Comprobante de Domicilio reciente
7. Copia de Licencia de Manejo Vigente
8. Certificado Medico

10. Copia de la cartilla del servicio Militar en el caso varones.
11. Dos Cartas de recomendación

<b>DATOS LABORALES</b>	
<b>DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>
DESARROLLO RURAL	

<b>PUESTO</b>				<b>NIVEL</b>	
SUBDIRECTOR					
<b>ACTIVIDAD</b>			<b>CARGA HORARIA</b>		
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRATIVO	OPERATIVO		
¿PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN?			SI	NO	

<b>DATOS PERSONALES DE SALUD</b>			
<b>EDAD</b>	¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?		
	SI	NO	

<b>DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO</b>						
<b>TIPO DE SANGRE</b>		¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD		SI	NO			

CRÓNICO-DEGENERATIVA?			
¿CUÁL?			
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	SI	NO	
¿CUÁL Y POR QUÉ?			
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?	SI	NO	
*DESCRIBA			
USTED FUMA	SI	NO	
USTED CONSUME ALCOHOL	SI	NO	
USTED PRACTICA DEPORTE	SI	NO	
*¿CON QUÉ FRECUENCIA? <span style="background-color: black; color: black;">████████████████████</span>			

DATOS ACADÉMICOS			
<b>GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO</b>			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	
SECUNDARIA	x	ESPECIALIDAD	
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
<b>NIVEL LICENCIATURA</b>			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA:			
<b>NIVEL MAESTRÍA</b>			
CURSANDO		GRADO OBTENIDO	

Oficiales  
 Currículum  
 Vitae  
 Cas de  
 endación  
 Médico  
 certificado  
 convenios  
 nientos  
 nalidad

NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
DISCIPLINA		DURACIÓN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		FECHA DE INICIO
		FECHA DE TÉRMINO
<b>NIVEL DOCTORADO</b>		
CURSANDO		GRADO OBTENIDO
NOMBRE OFICIAL DEL POSGRADO		
DISCIPLINA		DURACIÓN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		FECHA DE INICIO
		FECHA DE TÉRMINO

<b>HABILIDADES</b>			
<b>USO DE SISTEMAS Y PROGRAMAS</b>			

EXCEL	20	%	CORREO		
WORD	30	%	ELECTRÓNICO	100	%
POWER POINT	_____		REDES SOCIALES	100	%

<b>HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES</b>			
MARCA SOBRE EL ESPACIO LAS HABILIDADES SOCIALES Y PROFESIONALES QUE TE CARACTERIZAN			

EMPATÍA	X	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN	X
LIDERAZGO	X	CREATIVIDAD	X
CAPACIDAD DE TRABAJAR EN EQUIPO	X	ORGANIZACIÓN	X

Oficiales  
 Vitra  
 endación M/din  
 convenios  
 hientos nalidad

AUTOCONFIANZA  
OPTIMISMO

X  
X

PERSUASIÓN  
FLEXIBILIDAD

X  
X

MANIFIESTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CORROBORADOS CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE QUE OBRA EN MI PODER, Y ME COMPROMETO A LA ACTUALIZACIÓN DE ESTOS EN EL SUPUESTO DE QUE SE PRESENTE ALGUN CAMBIO.

LUGAR Y  
FECHA:

MOROLEÓN  
GUANAJUATO 29/09/2021

NOMBRE Y FIRMA DEL  
TRABAJADOR

MIGUEL  
ALMANZA  
ZAVALA