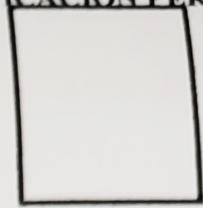


FICHA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL



DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
DIAZ		JIMENEZ		JOSE FERNANDO	
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		
AÑO	MES	DÍA	MUNICIPIO	ESTAD O	PAÍS
█	█	█	█	█	█
NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		SEXO
█			█		MASCULINO
					FEMENINO
					X
DOMICILIO PERSONAL (CALLE, NÚMERO EXT/INT, COLONIA)					
CÓDIGO POSTAL		MUNICIPIO		ESTADO	
█		█		█	
TELÉFONO PARTICULAR			CORREO ELECTRÓNICO		
█			█		
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN			REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES		
█					

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 Médico
9. Carta de Antecedentes NO penales, expedida por la Fiscalía General del Estado de Guanajuato.
10. Copia de la cartilla del servicio Militar en el caso varones.
11. Dos Cartas de recomendación

DATOS LABORALES	
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN	CATEGORÍA

PUESTO				NIVEL	
ACTIVIDAD			CARGA HORARIA		
DIRECTIVO	JEFE DE ÁREA	AD MINI STR ATI VO	OPE RA TIV O		
¿PERCIBE ALGÚN INGRESO DE OTRO PATRÓN?			SI	NO	

DATOS PERSONALES DE SALUD			
EDAD	¿HA ESTADO TEMPORALMENTE AUSENTE DE SU TRABAJO POR ENFERMEDAD?		
■	SI		NO

DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO					
TIPO DE SANGRE	¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?				
■	MU Y BUE NA	BU EN A	REGU LAR	MALA	MUY MALA

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?		SI	NO
¿CUÁL?		SI	NO
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?		SI	NO
¿CUÁL Y POR QUÉ?		SI	NO
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?		SI	NO
*DESCRIBA			
USTED FUMA	SI	NO	
USTED CONSUME ALCOHOL	SI	NO	
USTED PRACTICA DEPORTE	SI	NO	
*¿CON QUÉ FRECUENCIA? ██████████			

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

FECHA DE ENTREVISTA

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	
SECUNDARIA		ESPECIALIDAD	X
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
NIVEL LICENCIATURA			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
TÍTULO		UNIVERSIDAD DE LEON	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: LICENCIATURA EN DERECHO			
NIVEL MAESTRÍA			

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA?		SI	NO
¿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?		[REDACTED]	

DATOS ACADÉMICOS			
GRADO DE ESTUDIOS CON CERTIFICADO OBTENIDO			
SIN ESTUDIOS		NORMAL	
PRIMARIA		LICENCIATURA	
SECUNDARIA		ESPECIALIDAD	X
BACHILLERATO		MAESTRÍA	
BACHILLERATO TÉCNICO		DOCTORADO	
TÉCNICO PROFESIONAL			
NIVEL LICENCIATURA			
TÍTULO OBTENIDO	FECHA	INSTITUCIÓN	
TÍTULO		UNIVERSIDAD DE LEON	
NOMBRE OFICIAL DE LA LICENCIATURA: LICENCIATURA EN DERECHO			
NIVEL MAESTRÍA			

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:

NOMBRE Y FIRMA DEL
TRABAJADOR

Lic. José Fernando Díaz Jiménez 