



**maldonado**  
TURISMO Ltda.

# Formulario de Solicitud de Empleo

## Información Personal

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de cédula: \_\_\_\_\_ Credencial Cívica: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Unido(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

Posee Automóvil?:  Sí  No Licencia de Conducir?:  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_  
Nafta  Gasoil

Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Trabaja su esposo (a)  Sí  No Si trabaja, en que empresa? \_\_\_\_\_

Si tiene hijos, favor dar sus nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Actualmente vive en ?  Casa propia  Alquiler  Con algún pariente  Otros \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del la madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## Formación Educativa

Describe detalladamente su educación. Si estudio en alguna Universidad, cite el nombre y detalle los estudios realizados y años en que los terminó.

	Nombre del Centro de Estudio cursados	Especialidad o Título obtenido	Año(s)
Educación Primaria:	_____	_____	_____
Educación Secundaria:	_____	_____	_____
Educación Universitaria:	_____	_____	_____

## Otros Estudios

	Nombre del Centro de Estudio	Especialidad o Título obtenido	Año(s) cursados
Otros Estudios:	_____	_____	_____
Otros Estudios:	_____	_____	_____
Otros Estudios:	_____	_____	_____

## Idiomas

### Hablado

### Escrito

**Inglés**    Básico     Intermedio     Avanzado     Básico     Intermedio     Avanzado

**Portugués**    Básico     Intermedio     Avanzado     Básico     Intermedio     Avanzado

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

## Antecedentes de Empleo

Suministrar a continuación un resumen de su experiencia. (Describa detalladamente en orden cronológico, comenzando con el puesto más reciente).

	Empresa actual o más reciente	Empresa anterior	Empresa anterior
Nombre de la Empresa:	_____	_____	_____
Teléfono:	_____	_____	_____
Jefe Inmediato:	_____	_____	_____
Índole del negocio:	_____	_____	_____
Fechas de Empleo:	_____	_____	_____
Posición:	_____	_____	_____
Salario Inicial:	_____	_____	_____
Salario Final:	_____	_____	_____
Razón de Salida:	_____	_____	_____
	Empresa anterior	Empresa anterior	Empresa anterior
Nombre de la Empresa:	_____	_____	_____
Teléfono:	_____	_____	_____
Jefe Inmediato:	_____	_____	_____
Índole del negocio:	_____	_____	_____
Fechas de Empleo:	_____	_____	_____
Posición:	_____	_____	_____
Salario Inicial:	_____	_____	_____
Salario Final:	_____	_____	_____
Razón de Salida:	_____	_____	_____

## Antecedentes Personales

Nombre	Ocupación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Información de Salud

Ha recibido algún tipo de tratamiento o ha sido informado que sufre de lo siguiente:

Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Alta/Baja Presión	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sistema Urinario	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Hernia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sistema Locomotor	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	VIH (SIDA)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente en alguno del listado favor especifique su padecimiento: \_\_\_\_\_

¿Si es mujer, está usted embarazada?  Sí  No

¿Es usted es Fumador?  Sí  No

Servicio de Salud: \_\_\_\_\_

Posición(es) a la que aspira:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

:

Declaro que todos los datos que he suministrado en esta solicitud son verdaderos y les autorizo para que sean verificados. En caso de ser empleado tengo entendido que cualquier información falsa que hubiere podido dar en mi solicitud o entrevista es causa de terminación de la relación de trabajo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha