

**La solicitud debe ser llenada a puño y letra de la persona interesada. Debe utilizar bolígrafo azul o negro. Debe ser letra legible y no presentar tachaduras.**

El solicitante debe ser mayor de edad, poseer primaria completa, saber leer y escribir, llenar solicitud de empleo, 2 fotografías recientes tamaño pasaporte, 2 cartas de recomendación de patronos anteriores u otro (no incluir parientes), Copia de la cédula, hoja delincuencia al día (OIJ), Copia de recibo de servicio público donde indique dirección de residencia actual. Para extranjeros permiso de trabajo al día, copia carné seguro social.

**SERVICIOS NITIDOS PROFESIONALES, S.A.:** Se reserva el derecho de contratación

FOTOGRAFIA

## DATOS PERSONALES

Nombre completo:			
Dirección completa:			
Teléfonos(s):		Ocupación:	
Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Edad:		Estado Civil:	
Nacionalidad:		N° cédula:	
N° asegurado:		N° residencia:	
N° de hijos:	Edades:		Personas que dependen de usted:
Contribuye al sostenimiento de su casa:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se sostiene a usted mismo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Posee otra clase de ingresos adicionales:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Indique monto y procedencia:
Nombre de su padre:	Ocupación:		Nacionalidad:
Nombre de su madre:	Ocupación:		Nacionalidad:
Nombre de su cónyuge:	Ocupación:		Nacionalidad:
Puesto solicitado:	Disponibilidad inmediata:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aspiraciones salariales:	Desea trabajo:		<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal
Puede trabajar:	<input type="checkbox"/> Día	<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/> Extras <input type="checkbox"/> Sábados <input type="checkbox"/> Domingos <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> 8 horas

## CONDICIONES FISICAS

Padece usted problemas de la vista:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Indique de qué tipo:
Está su actividad limitada de alguna forma:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Indique cómo:
Padece usted de dolores de la columna:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Explique:
Ha padecido alguna vez de hernia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fue curado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuándo:
Padece alguna alergia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Indique cuál:
Sufre alguna enfermedad:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Indique cuál:
Tiene algún tratamiento médico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Indique cuál:
Está embarazada:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Planifica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Método
En emergencias llamar a:	Teléfono:		Parentesco:
Enfermedades y/o accidentes en los últimos 12 meses:			

## FORMACION ACADEMICA

NIVEL	AÑOS	NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO	TITULO OBTENIDO
Primaria			
Secundaria			
Vocacional			
Comercial			
Universitaria			
Cómputo			
Idiomas que conoce			
Otros			

## EMPLEO ACTUAL

EMPRESA	TELEFONO(S)	PUESTO QUE DESEMPEÑA	FECHA DE INGRESO	POR QUE DESEA SALIR

## EMPLEOS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS

EMPRESA	TELEFONO(S)	PUESTO QUE DESEMPEÑO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	MOTIVO DE SALIDA

## TRES PERSONAS QUE DEN REFERENCIA DE SU TRABAJO (NO FAMILIARES)

NOMBRE	EMPRESA	TELEFONO(S)

## INFORMACION GENERAL

Trabajan parientes suyos en esta empresa:  SI  NO Nombre y parentesco: \_\_\_\_\_

Estudia o va a seguir estudiando:  SI  NO Lugar: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Tiene vehículo propio:  SI  NO Marca y año: \_\_\_\_\_ Tipo de licencia: \_\_\_\_\_

Ha trabajado en esta empresa anteriormente:  SI  NO Indique en qué fecha: \_\_\_\_\_

Indique el departamento: \_\_\_\_\_ Quién fue su jefe: \_\_\_\_\_

Indique que tipo de equipo de oficina, de trabajo o herramientas sabe usar: \_\_\_\_\_

¿Por qué desea trabajar en limpieza? \_\_\_\_\_

Se enteró de NITIDOS por:  Periódico  Radio  Amistad  Familiar  Casualidad  Empleado de NITIDOS

## RATIFICACION

En conocimiento de que el proporcionar datos falsos invalida la oferta así como futuras contrataciones doy fe de que la información suministrada por mi persona es verdadera y autorizo a que la misma sea constatada a requerimiento de la empresa según lo considere.

Al ser contrato el empleado acepta que NITIDOS le traslade de lugar de trabajo, dentro de lo estipulado en el Título Tercero, según Capítulo Primero y Segundo del Código de Trabajo, y acepta cumplir las normas establecidas por la empresa y la Ley que los regula.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
CEDULA