SOLICITUD DE EMPLEO

#### **Fecha.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Puesto que solicita** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo del Solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día\_\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_

 Lugar de residencia Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección exacta de su lugar de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha laborado alguna vez para COOPEBRISAS R.L

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Fecha conclusión contrato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aspectos de salud**

Se encuentra usted bajo tratamiento médico: (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha sido intervenido quirúrgicamente: (especifique**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Posee algún padecimiento que le limite en algún tipo de actividades:(especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de sangre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vehículo propio Si ( ) No ( ) Maneja Vehículo Si ( ) No ( )

Tipo de Licencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estudios realizados**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENSEÑANZA** | **# AÑOS** | **INSTITUCIÓN** | **TÍTULO ALCANZADO** |
| **PRIMARIA** |  |  |  |
| **SECUNDARIA** |  |  |  |
| **TÉCNICO** |  |  |  |
| **UNIVERSITARIO** |  |  |  |
| **CURSOS ACTUALES** |  |  |  |

**Experiencia Laboral**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa** | **Puesto** | **Tiempo Laborado** | **Causa de la Salida** | **Nombre y teléfono jefe inmediato** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

En caso de emergencia contactar con:

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy fe que todos los datos consignados por mi persona en el presente documento son reales, por lo tanto autorizo a COOPEBRISAS, R.L .a proceder como lo considere pertinente, de acuerdo con la legislación de Costa Rica, de comprobar que no se ajusta a la verdad con base a esta afirmación.

 Firma Cédula

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES (para uso exclusivo de la Oficina de La Encargada de Personal) |
|  |