



* Tipo y N° de Documento _____

* Apellido _____ * Nombre _____

* Fecha de nacimiento ____/____/____

* Sexo: Masculino Femenino

* Nacionalidad _____

* Estado Civil Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Unido de hecho

* Domicilio: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____

* Localidad _____ * Código Postal _____

* Municipio _____

* Tel. Particular _____ Celular _____ E-mail _____

Vive solo? SI NO Tiene personas a cargo? SI NO Cuantas _____ Cantidad de hijos menores de 18 _____

* Es beneficiario de algún programa social? SI NO Cual _____

Cual es su ingreso mensual aproximado? _____ Y el ingreso de su grupo familiar en conjunto? _____

* Cuenta con cobertura social? SI NO Cual _____

* Cuenta con alguno de estos beneficios? Pensión Pensión Graciable Jubilación por incapacidad

* La vivienda en que habita es: Propia Alquilada Prestada Ocupada Otro _____

* SERVICIOS: Agua: Red Pozo Gas: Red Tubo Electricidad SI NO

* Sabe leer? SI NO Sabe escribir SI NO Sabe firmar SI NO

* Nivel educativo alcanzado:

| | INCOMPLETO | EN CURSO | COMPLETO | TITULO | AÑO TITULACION |
|---------------|------------|----------|----------|--------|----------------|
| PRIMARIO | | | | | |
| SECUNDARIO | | | | | |
| TERCIARIO | | | | | |
| UNIVERSITARIO | | | | | |

Concurrió a escuela especial? SI NO A escuela de formación laboral? SI NO

Con que orientación?

Mantenimiento Servicios Carpintería Herrería Huerta/jardinería Cestería Tejidos Serigrafía/estamparía
Armado Reciclado Bicletería Otros

* Usa computadora? SI NO

* Tiene conocimiento de idiomas? _____ Básico Intermedio Avanzado



- * Certificado de discapacidad:
- * Fecha de expedido: / / * Plazo de validez
- * Expedido por autoridad: Nacional Provincial
- * Discapacidad Principal: Visual Auditiva Motora Mental Visceral
- Otra Discapacidad: Visual Auditiva Motora Mental Visceral
- * Alcance: Parcial Transitoria Parcial Permanente Total transitoria Total Permanente
- * **Traslado:** utiliza medio de transporte público: Micro Taxi Otro
- * Viaja solo: SI NO
- ¿Con quién?: Familiar Asistente Tiene vehiculo propio? SI NO
- ¿El vehiculo esta adaptado?: SI NO ¿Lo maneja ud.?: SI NO
- ¿Tiene licencia de conducir?: SI NO

- * ¿Trabajó alguna vez?: SI NO
- * ¿Trabaja actualmente?: SI NO
- * ¿Está buscando trabajo?: SI NO
- * Lugar / Empresa:
- * Puesto que desempeñó:
- * Duración de la Relación Laboral:
- * Relación Laboral: Planta Permanente Planta Temporaria Contrato Práctica Rentada Beca otro
- * Motivo del Retiro: Acuerdo de partes Bajo Salario Cese de actividad personal cierre de empresa
- despido falta de trabajo fin del trabajo temporario jubilación accidente otras causas laborales
- otras causas personales
- * Tiene oficios?: SI NO
- * Cuales?

Desea beneficiarse con la prioridad en la concesión de los pequeños comercios?.

SI NO

OBSERVACIONES

Los datos antes consignados son confidenciales y tienen el carácter de declaración jurada

Firma y aclaración del interesado