

DATOS LABORALES

Ocupación Actual _____
En caso de accidente notificar a:
Nombre _____ Tel: _____
Domicilio _____

Si usted perteneció a algún grupo de auxilio, por favor explique los motivos de separación

GRUPO	PERIODO	MOTIVO DE SEPARACIÓN

Recibí del departamento de informática y Comunicaciones de la Dirección General de Protección Civil en Michoacán, la credencial No. _____, documento que cuenta con la fotografía que utilizare única y exclusivamente durante las funciones que desempeño.

De la misma manera, asumo el compromiso a través del presente de colaborar de manera regular en las actividades que convoque la Dirección y de la Corporación a la cual estoy adscrito.

FECHA _____

Recibí

Nombre y firma de Autorización del Jefe Inmediato o Superior

Firma del Coordinador Delegacional para Vo. Bo.



Secretaría de Seguridad Pública
Dirección Estatal de Protección Civil
Gobierno del Estado



REGISTRO ESTATAL

Para Personal de las Corporaciones de Auxilio

Expedición

Renovación

Pagado

Voluntario

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombres: _____

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento

Día _____ Mes _____ Año _____

R.F.C. _____

C.U.R.P. _____

Sexo: Masculino Femenino

Nacionalidad _____

Estudios _____

Tipo de Sangre

O A B AB Pos. Neg.

Correo Electrónico _____

Calle _____ No. _____

Colonia _____ C.P. _____

Ciudad o Población _____

Municipio _____ Estado _____

Tel. Particular _____ Tel. Celular _____ Nextel Clave _____

DATOS PERSONALES COMPLEMENTARIOS

Fecha de Ingreso

Día _____ Mes _____ Año _____

Área Asignada: _____

Cargo ó Puesto: _____

Grado: _____

Corporación: _____

Delegación: _____

Pasaporte SI NO

Tipo _____ Vigencia _____

Licencia de Conducir

Numero _____ Tipo _____

¿Cuentas con Servicios Médicos?

SI NO ¿Cual? _____

¿Tiene Seguro de Vida Vigente SI NO

Tiempo de Residencia en la Ciudad _____

