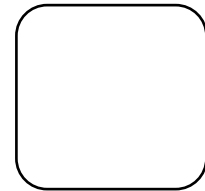




S O L I C I T U D
ASISTENTE DE CAPACITACIÓN
PROCESO ELECTORAL 2020-2021



Este apartado es para uso exclusivo del personal de la Dirección
Ejecutiva de Educación Cívica, Difusión y Capacitación

Fecha de recepción _____ Folio de la o el aspirante _____

I. DATOS PERSONALES

Clave de elector o FUAR Sección Electoral

RFC¹ CURP¹

¹El no contar con estos documentos no será causa de exclusión en este momento. En caso de resultar seleccionado serán obligatorios para su contratación.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio: Calle, número exterior, número interior		Sexo
<input type="text"/>		<input type="button" value="HOMBRE"/> <input type="button" value="MUJER"/>
Colonias		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Código Postal	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. ESCOLARIDAD

(Marque con una X su último grado de estudios concluido)

Licenciatura				Titulado _____
Posgrado	Especialidad	Maestría	Doctorado	Institución: _____

Otros: _____ Especifique: _____

III. OTROS DATOS

1. ¿Cuál es el motivo por el que quiere participar como Asistente de Capacitación? _____

2. ¿Participó en algún Proceso Electoral? 2.1 ¿En cuál? _____

2.2 ¿De qué forma? _____

2.3 Especifique _____

3. ¿Habla alguna lengua indígena? 4. ¿Cuál? _____

5. ¿Sabe manejar? 6. ¿Cuenta con licencia de manejo?

7. ¿Cuenta con vehículo propio? 8. Anote marca y el modelo: _____



S O L I C I T U D
ASISTENTE DE CAPACITACIÓN
PROCESO ELECTORAL 2020-2021

9. ¿Cuenta con disponibilidad para trasladarse a cualquier municipio del territorio estatal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Tiene teléfono celular? Anote el nombre de la compañía que brinda el servicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. En su caso, ¿está usted dispuesto(a) a utilizar su teléfono celular para el trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. ¿Tiene disponibilidad para prestar sus servicios en horario fuera de lo habitual (incluyendo fines de semana y días festivos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

IV. Experiencia Laboral
(Señale los tres últimos empleos)

Nombre de la empresa o institución	Puesto	Periodo en que laboró		Teléfono
		Inicio	Fin	

Medio por el que se enteró de esta Convocatoria	Llamada telefónica por parte de la Dirección Ejecutiva <input type="checkbox"/>	Redes Sociales del IETAM <input type="checkbox"/>	Otro Especifique _____
--	--	--	---------------------------

DECLARO

No militar en ningún Partido Político u Organización Política, de comprobarse que alguno de los datos asentados en esta solicitud resultará falso, la Dirección Ejecutiva de Educación Cívica, Difusión y Capacitación del Instituto Electoral de Tamaulipas puede dejar sin efecto la presente solicitud o, en su caso, el compromiso que estableciera para contar con mis servicios, sin que la Dirección Ejecutiva incurra en responsabilidad alguna sobre el particular.

Firma de la o el aspirante

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Electoral de Tamaulipas con domicilio en Calle 13 Morelos Esquina No. 501 Oriente, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, recaba datos personales de las personas físicas que pretenden participar en el procedimiento de contratación de las y los Asistentes de Capacitación, los cuales están protegidos en términos de lo previsto por los artículos 6°, apartado A, fracción II y 16 primer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17, fracción V de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas y los artículos 5, 6, 7 y del 13 al 19 de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Tamaulipas.

He leído el aviso de privacidad y acepto los términos y condiciones.

<input type="checkbox"/> Sí acepto*	<input type="checkbox"/> No acepto*
-------------------------------------	-------------------------------------

Firma de la o el aspirante

*Que mis datos sean empleados en finalidades distintas a aquellas que motivaron el tratamiento original.