

Oficina de inscripción				Nº de inscripción			
Municipio	Localidad			Provincia		Fecha	
Apellido y nombres del entrevistador							

1. ¿Es beneficiario/a de algún programa social o de empleo?

No Sí PJH Otro ¿Cuál? (nombre del programa) _____

Jurisdicción del programa: Nacional Provincial Municipal

DATOS PERSONALES										
2. Apellido y nombres										
3. CUIL				4. Fecha de nacimiento						
5. Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	6. Tipo de documento		DNI <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	LC/LE <input type="checkbox"/>			
7. Domicilio										
Barrio										
Localidad		Municipio		Provincia		Código postal				
8. Teléfono				Teléfono para mensajes						
9. Correo electrónico										
10. ¿Cuál es su estado civil actual?				Soltero/a <input type="checkbox"/>				Casado/a o unido/a <input type="checkbox"/>	Divorciado/a o separado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>
11. ¿Cuántas personas de hasta 18 años viven en su hogar y están a su cargo?										

12. NIVEL EDUCATIVO ¿Qué estudios tiene?									
00. No asistió a la escuela y no sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/>				01. No asistió a la escuela pero sabe leer y escribir <input type="checkbox"/>					
NIVEL PRIMARIO									
02. Primario/EGB incompleto		1. Abandonó <input type="checkbox"/>		Ultimo año aprobado		Fecha de abandono (año)			
		2. En curso <input type="checkbox"/>		Año que está cursando					
03. Primario/EGB completo <input type="checkbox"/>									
NIVEL MEDIO									
(desde aquí, marcar todos los casilleros correspondientes, no sólo el máximo nivel alcanzado, a fin de contar con información completa sobre el perfil educativo)						Incompleto		Completo	
04. Secundario		1. Bachiller		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		2. Técnico (especificar):		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		3. Comercial		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
05. Polimodal		4. Economía y gestión de las organizaciones		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		5. Comunicación, arte y diseño		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		6. Ciencias naturales		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		7. Humanidades y ciencias sociales		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		8. Producción de bienes y servicios		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Para los incompletos		1. Abandonó <input type="checkbox"/>		Ultimo año aprobado		Fecha de abandono (año)			
		2. En curso <input type="checkbox"/>		Año que está cursando					



NIVEL Terciario (marcar todos los casilleros correspondientes, no sólo el máximo nivel alcanzado El porcentaje se calcula sobre el total de materias o de años de la carrera y se indica en números redondos. Por ejemplo, si abandonó o está cursando la materia N° 10 de un total de 30, marcar 30%)					Incompleto <input type="checkbox"/>
					Completo <input type="checkbox"/>
Carrera/título				Código	
Para los incompletos	1. Abandonó <input type="checkbox"/>	% de carrera aprobado	%	Fecha de abandono (año)	
	2. En curso <input type="checkbox"/>	% de carrera en curso	%		

NIVEL UNIVERSITARIO (marcar todos los casilleros correspondientes)					Incompleto <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>
Carrera/título				Código		
Para los incompletos	1. Abandonó <input type="checkbox"/>	% de carrera aprobado	%	Fecha de abandono (año)		
	2. En curso <input type="checkbox"/>	% de carrera en curso	%			
13. (A todos/as) ¿Piensa seguir estudiando? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>						

ANTECEDENTES LABORALES											
14. ¿Cuál es su situación laboral en este momento?											
Ocupado/a <input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/> Temporario <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> Otra (especificar)										
Subocupado/a <input type="checkbox"/>	Trabaja		horas		(especificar semanales/mensuales)						
Desocupado/a <input type="checkbox"/>	¿Hasta cuándo trabajó? (fecha)				Nunca trabajó <input type="checkbox"/>						
15. ¿Cuál es su experiencia laboral en empresas, instituciones, programas de empleo, trabajo doméstico, trabajo voluntario? Comience por el trabajo que considere más importante, ya sea por el puesto que ocupó, la duración, el salario, etc. (si menciona trabajos por cuenta propia incluirlos sólo en la pregunta 17. Si menciona más de 5 trabajos, agregar las hojas necesarias)											
1. Empleador									Rama de actividad		
Puesto								Código de ocupación			
Tareas realizadas											
Período								a			
2. Empleador									Rama de actividad		
Puesto								Código de ocupación			
Tareas realizadas											
Período								a			
3. Empleador									Rama de actividad		
Puesto								Código de ocupación			
Tareas realizadas											
Período								a			



4. Empleador		Rama de actividad		
Puesto		Código de ocupación		
Tareas realizadas				
	Período		a	
5. Empleador		Rama de actividad		
Puesto		Código de ocupación		
Tareas realizadas				
	Período		a	

16. ¿Trabajó por cuenta propia? No (a pregunta 18)Sí (preguntar para cada actividad. Si menciona más de tres, agregar hojas)

17. Actividades por cuenta propia				
1. ¿Qué producto o servicio producía y/o comercializaba?				
			Rama de actividad	
¿Qué actividad realizaba usted? (gestión, producción, venta, administración, etc.)				
Código de ocupación		Período	a	
¿Cuántas personas trabajaban con usted? Total				
Familiares <input type="checkbox"/>		Empleados <input type="checkbox"/>	Otros (especificar) <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
2. ¿Qué producto o servicio producía y/o comercializaba?				
			Rama de actividad	
¿Qué actividad realizaba usted? (gestión, producción, venta, administración, etc.)				
Código de ocupación		Período	a	
¿Cuántas personas trabajaban con usted? Total				
Familiares <input type="checkbox"/>		Empleados <input type="checkbox"/>	Otros (especificar) <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
1. ¿Qué producto o servicio producía y/o comercializaba?				
			Rama de actividad	
¿Qué actividad realizaba usted? (gestión, producción, venta, administración, etc.)				
Código de ocupación		Período	a	
¿Cuántas personas trabajaban con usted? Total				
Familiares <input type="checkbox"/>		Empleados <input type="checkbox"/>	Otros (especificar) <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>



CAPACITACION Y FORMACION PROFESIONAL							
18. ¿Hizo o está haciendo algún curso de capacitación? No <input type="checkbox"/> (a pregunta 19) Sí <input type="checkbox"/>							
¿Cuáles fueron los más importantes? por duración, calidad, etc. (si hizo más cursos, agregar hojas)							
Nombre del curso y descripción básica	Institución	Duración (especificar en horas, semanas, meses, años)	Fechas		En curso	Finalizado	Con certificado
			inicio	fin			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Le interesa hacer alguna capacitación?		No <input type="checkbox"/>					
		Sí <input type="checkbox"/> ¿En qué temas?					
20. ¿Sabe manejar computadoras?		No <input type="checkbox"/> (a pregunta 21)					
Sí <input type="checkbox"/> ¿Qué programas maneja?		Word <input type="checkbox"/>		Excel <input type="checkbox"/>		Navegadores de Internet <input type="checkbox"/>	
Otros (especificar)							
21. ¿Sabe otro idioma?		No <input type="checkbox"/>					
Sí <input type="checkbox"/>		Inglés <input type="checkbox"/>		Lee <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/>			
		Francés <input type="checkbox"/>		Lee <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/>			
		Portugués <input type="checkbox"/>		Lee <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/>			
Otros (especificar)				Lee <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/>			
22. ¿Qué conocimientos y habilidades adquiridos en otros ámbitos (trabajo, casa, tareas comunitarias) se relacionan con sus intereses laborales?							
INFORMACION ADICIONAL							
23. ¿Tiene registro de conductor?				No <input type="checkbox"/> Sí Particular <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			
				Otros (especificar)			
24. ¿Tiene libreta sanitaria?				No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
25. ¿Tiene libreta de trabajo para la construcción?				No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
26. ¿Tiene permiso de portación de armas?				No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
27. ¿Tiene matrícula?				No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			



SEGURO POR DESEMPLEO			
28. ¿Cobró alguna vez seguro por desempleo?		No <input type="checkbox"/> (a pregunta 31)	
Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces fue beneficiario?			
29. ¿Está cobrando actualmente el seguro de desempleo?		No <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántas cuotas tiene otorgadas?		¿Cuántas cuotas ya cobró?	
30. ¿Optó por el Pago Unico alguna vez? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		¿Su proyecto está en funcionamiento? Sí <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?			

DIFICULTADES PSICOFISICAS			
31. ¿Tiene algún tipo de discapacidad? No <input type="checkbox"/> (a pregunta 32)			
Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Tipo Congénita <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/>	
¿Tiene certificado de discapacidad? (según Certificado de Discapacidad art. 3 Ley 22.431)			No <input type="checkbox"/> (derivar a tramitación del certificado e indicar al final del formulario)
Sí <input type="checkbox"/> Fecha de emisión		Fecha de vencimiento	
Ente certificador			
Diagnóstico			
Motriz <input type="checkbox"/>	Traslado: Muleta <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sin ayuda <input type="checkbox"/>		
Visual <input type="checkbox"/>	No vidente <input type="checkbox"/> Baja visión <input type="checkbox"/> Modo de escritura: Braille <input type="checkbox"/> Letra ampliada <input type="checkbox"/>		
Mental <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>		
Visceral <input type="checkbox"/>	Organo afectado		
Auditiva <input type="checkbox"/>	Hipoacúsico <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Lenguaje oralizado <input type="checkbox"/>		
Mixta <input type="checkbox"/>			
Otro <input type="checkbox"/> (especificar)			
Autonomía	Traslado Transporte público <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especificar)		
	Movilidad Con acompañante <input type="checkbox"/> Sin acompañante <input type="checkbox"/>		
Tratamiento/s médico/s actual/es			
Seguridad social		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (especificar)	
Otros subsidios		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (especificar)	
32. (a todos/as) ¿Tiene algún problema psicofísico que le dificulte trabajar en algunas actividades? (por ejemplo: vértigo, no puede estar sentado o parado muchas horas, etc.)			
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
33. (a todos/as) ¿Tiene algún otro tipo de problema que le dificulte trabajar? (identificar obstáculos para la búsqueda de empleo que requieran la intervención de un área social, por ejemplo cuidado de hijos. En ese caso derivar e indicar al final del formulario)			



POSTULACION	
34. ¿Para qué ocupación/es o actividad/es se postula?	
1. Denominación de la ocupación/actividad	
	Código de ocupación
2. Denominación de la ocupación/actividad	
	Código de ocupación
3. Denominación de la ocupación/actividad	
	Código de ocupación
35. ¿En qué horario podría trabajar? (indicar días y horas semanales, nocturno, fines de semana)	
Observaciones	

Firma del entrevistado

36. Derivación a	
<input type="checkbox"/> Colocación	<input type="checkbox"/> Capacitación
<input type="checkbox"/> Seguro por desempleo	<input type="checkbox"/> Educación formal
<input type="checkbox"/> Orientación para autoempleo	<input type="checkbox"/> Orientación laboral
<input type="checkbox"/> Servicio de salud	<input type="checkbox"/> Apoyo a la búsqueda de empleo
	<input type="checkbox"/> Tramitación de documento de identidad
	<input type="checkbox"/> Servicio social
	<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad
Programa social (especificar)	
Otra (especificar)	



MINISTERIO de
TRABAJO
EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL



Red de Servicios
de Empleo

Comprobante de inscripción

El/la Sr./Sra. _____ ha sido inscripto/a con
el N° _____ en la Oficina de Empleo de (nombre del municipio y la provincia)

comprometiéndose a actualizar sus datos cuando haya ocurrido algún cambio tanto de domicilio, estudios realizados, capacitaciones, etc., así como de su situación laboral.

Nombre y firma del entrevistador

Firma del inscripto

Lugar y fecha



MINISTERIO de
TRABAJO
EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL



Red de Servicios
de Empleo

Comprobante de inscripción

El/la Sr./Sra. _____ ha sido inscripto/a con
el N° _____ en la Oficina de Empleo de (nombre del municipio y la provincia)

comprometiéndose a actualizar sus datos cuando haya ocurrido algún cambio tanto de domicilio, estudios realizados, capacitaciones, etc., así como de su situación laboral.

Nombre y firma del entrevistador

Firma del inscripto

Lugar y fecha



MINISTERIO de
TRABAJO
EMPLEO y SEGURIDAD SOCIAL



Red de Servicios
de Empleo

Comprobante de inscripción

El/la Sr./Sra. _____ ha sido inscripto/a con
el N° _____ en la Oficina de Empleo de (nombre del municipio y la provincia)

comprometiéndose a actualizar sus datos cuando haya ocurrido algún cambio tanto de domicilio, estudios realizados, capacitaciones, etc., así como de su situación laboral.

Nombre y firma del entrevistador

Firma del inscripto

Lugar y fecha