

	INSTITUTO ESTATAL DE INVESTIGACION Y FORMACION INTERDISCIPLINARIA DE LA FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA	
	FORMATO INICIAL	

INSTRUCCIONES: LEER DETENIDAMENTE Y CONTESTAR CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M/F EDO. CIVIL: _____ RELIGION: _____

RFC: _____ CURP: _____ DIRECCION (calle, colonia, C.P. y municipio): _____

TELEFONO CASA: _____ CELULAR: _____ TELEFONO RECADOS: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ No. Y TIPO DE LICENCIA: _____

REDES SOCIALES (ESPECIFICAR NOMBRE DE USUARIO)

INSTAGRAM: _____ FACEBOOK: _____ TIKTOK: _____

OTROS: _____

DATOS FAMILIARES (PADRES, HERMANOS, MEDIOS HERMANOS, CONYUGUE E HIJOS)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FEC. DE NAC.	OCUPACION	TELEFONO

EXPERIENCIA LABORAL (COMENZAR DEL EMPLEO ACTUAL A LOS ANTERIORES)

LUGAR DE TRABAJO			
PERIODO			
PUESTO			
SUELDO MENSUAL			
NOMBRE DEL SUPERIOR Y TELEFONO DE CONTACTO			
MOTIVO DE SALIDA			

	INSTITUTO ESTATAL DE INVESTIGACION Y FORMACION INTERDISCIPLINARIA DE LA FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA	
	FORMATO INICIAL	

AREA ACADEMICA	BACHILLERATO	LICENCIATURA	POSGRADO
NOMBRE DE LA ESCUELA			
CARRERA O AREA DE ESPECIALIDAD			
PERIODO			
PROMEDIO			
DOCUMENTO CON EL QUE ACREDITA			

INFORMACION PERSONAL

REFERENCIA	PERSONAL	VECINAL	LABORAL
NOMBRE			
TELEFONO			
OCUPACION Y LUGAR DE TRABAJO			
TIEMPO DE CONOCERLO			

PARA LA SIGUIENTE TABLA CONSIDERE SOLAMENTE CUESTIONES DE CARÁCTER Y/O PERSONALIDAD

CUALIDADES	DEFECTOS
1	1
2	2
3	3

DROGAS QUE CONOCE: _____ DONDE LAS CONOCIO: _____

CUALES HA PROBADO: _____ ULTIMA VEZ: _____

CON QUE FRECUENCIA TOMA ALCOHOL: _____ ULTIMA VEZ: _____

TATUAJES (DESCRIBIR DISEÑO, UBICACIÓN EN EL CUERPO Y FECHA DE REALIZACION): _____

PERFORACIONES (UBICACIÓN EN EL CUERPO Y FECHA DE REALIZACION): _____

CICATRICES (DONDE SE LOCALIZA Y QUE LA OCASIONO): _____

ENFERMEDADES QUE PADECE (ESPECIFICAR TRATAMIENTO): _____

TRATAMIENTO PSICOLOGICO (ESPECIFICAR MOTIVO, FECHAS Y TRATAMIENTO): _____

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO (ESPECIFICAR MOTIVO, FECHAS Y TRATAMIENTO): _____

	INSTITUTO ESTATAL DE INVESTIGACION Y FORMACION INTERDISCIPLINARIA DE LA FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA	
FORMATO INICIAL		

MEDICAMENTOS QUE HA CONSUMIDO EN LOS ULTIMOS 6 MESES (ESPECIFICAR MEDICAMENTO, MOTIVO Y FRECUENCIA):

CIRUGIAS (TIPO, FECHA Y COSTO):

ESTATURA: PESO: INCAPACIDADES (MOTIVO Y FECHAS):

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y/O LEGALES A LOS QUE HAYA ESTADO SUJETO Y/O INVOLUCRADO, USTED, FAMILIARES Y/O AMISTADES CERCANAS (ESPECIFICAR EL MOTIVO, FECHAS Y RESOLUCION):

SE HA VISTO INVOLUCRADO EN ALGUNA DEMANDA LABORAL (ESPECIFICAR MOTIVO, FECHAS Y RESOLUCION):

MOTIVO POR EL QUE DESEA INGRESAR A LA INSTITUCION:

HA PARTICIPADO EN CONVOCATORIAS PARA INGRESAR ALGUNA CORPORACION DE SEGURIDAD PUBLICA EN EL PAIS (ESPECIFICAR PUESTO Y FECHA):

HA REALIZADO EXAMENES DE CONTROL DE CONFIANZA: SI / NO CUANTAS VECES: ESPECIFICAR PARA QUE PUESTOS, FECHAS Y RESULTADOS:

PROTESTO QUE LA INFORMACION PLASMADA POR MI PERSONA EN EL PRESENTE FORMATO ES VERAZ Y PUEDE SER CORROBORADA MEDIANTE INVESTIGACION, PROCESO PARA EL CUAL DOY MI PLENA AUTORIZACION.

LUGAR:

FECHA:

FIRMA