



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL



SOLICITUD DE ASPIRANTE A SERVICIO SOCIAL, PRÁCTICAS PROFESIONALES
O RESIDENCIAS PROFESIONALES

FOTO

FECHA: ____/____/____.
dd mm aaa

¿HABÍAS HECHO ALGÚN SERVICIO EN EL CJF? SI ____ NO ____ ¿CUÁL? SS ____ PP ____ RP ____ PJ ____ NO. CONTROL: ____

DATOS PERSONALES

Nombre (s): _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

R.F.C. _____ Homoclave: _____ CURP: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Correo electrónico: _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: _____ No. Ext.: _____ No. Int.: _____ Colonia: _____

Alcaldía / Municipio: _____ Ciudad / Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono de Casa: _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

Institución Educativa de Procedencia: _____ Plantel: _____

Domicilio: _____

Carrera: _____ Cuenta o Matrícula: _____ Horario de clases: _____

Semestre actual: _____ Total de Semestres: _____ Porcentaje actual: _____ Promedio General: _____

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Fecha de inicio: _____

EN CASO DE HABER SIDO ACEPTADA LA PERSONA CANDIDATA, LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA ENTREVISTADORA DEBERÁ LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

Horario en el que se presentará el candidato: _____ (4 horas por día de lunes a viernes)

Nombre de la persona servidora pública entrevistadora: _____ FIRMA: _____

Puesto: _____ Adscripción: _____



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

**CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL**



DATOS FAMILIARES

Nombre del Padre o Tutor:

Nombre de la Madre o Tutora:

¿Tiene algún familiar en el Poder Judicial de la Federación: Si: _____ No: _____

Nombre: _____ Área: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

SEGURO MÉDICO (OBLIGATORIO)

Facultativo (Escolar): Si: _____ No: _____ Privado/Público: Si: _____ No: _____

Institución: _____ No. de afiliación: _____ No. de consultorio: _____

Domicilio de la clínica: _____ No. de teléfono: _____

Tipo de sangre: _____ Alergias: _____

EN CASO DE SER NECESARIO CONTACTAR A:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

FIRMAS

Nombre de la persona candidata: _____ Firma _____

Nombre y Puesto de la persona responsable del Área de Aceptación _____ Firma y Sello _____

Sello del Departamento de Servicio Social

