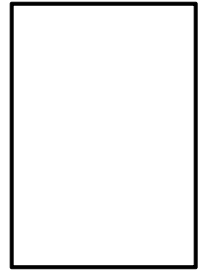




REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE SEGURIDAD PUBLICA  
SERVICIO NACIONAL DE FRONTERAS  
DIRECCION NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS  
DEPARTAMENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de Inscripción  Promoción

I. DATOS PERSONALES

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Alias (Apodo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cédula <input type="text"/>	Edad Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>	Seguro Social <input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo <input type="text"/>	Femenino <input type="text"/>	Masculino <input type="text"/>	Tipo Sangre <input type="text"/>	<input type="text"/>
Estatura (Mts.) <input type="text"/>	Peso (Lbs.) <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>	Licencia de Conducir <input type="text"/>	<input type="text"/>
Residencia Actual <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>	Distrito <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Corregimiento <input type="text"/>	Barriada <input type="text"/>	Calle <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Célular <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Idiomas <input type="text"/>	Deportes <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II NIVEL DE ESCOLARIDAD:

	Centro de Estudios	Titulos Obtenidos
Primaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pre-Media	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Media	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Universidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros Estudios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado Civil	Soltero <input type="text"/>	Casado <input type="text"/> Unido <input type="text"/>
Nombre del conyugue	<input type="text"/>	
Hijos	SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> CUANTOS <input type="text"/>	
Hermanos	SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> CUANTOS <input type="text"/>	
Nombre del Padre	<input type="text"/>	Lugar de Trabajo <input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Nombre de la Madre	<input type="text"/>	Lugar de Trabajo <input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Sufre de alguna enfermedad desde la Infancia	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Especifique <input type="text"/>
Usted o un Familiar a sufrido de alguna de las siguientes enfermedades		
Diabéticos	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Depresión Si <input type="text"/> No <input type="text"/>
Presion Arterial	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Epilepsia Si <input type="text"/> No <input type="text"/>
Afecciones Cardíacas	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Alcoholism Si <input type="text"/> No <input type="text"/>
Explique Otras	<input type="text"/>	
Ha participado anteriormente en algún reclutamiento	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Empresa <input type="text"/>
Usted ha laborado en algún Estamento de seguridad Pública	Si <input type="text"/> No <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE SOMETERME A TODOS LOS REQUISITOS Y EXÁMENES (PRUEBAS DE CONOCIMIENTOS GENERALES, PSICOLÓGICAS, DE TRABAJO SOCIAL, DATOS DE HISTORIAL PERSONAL, INVESTIGACIÓN DE SEGURIDAD PERSONAL, EXÁMENES MÉDICOS Y PRUEBAS FÍSICAS). ESTIPULADOS PARA LOS POSTULANTES A INGRESAR AL SERVICIO NACIONAL DE FRONTERAS. DECLARO QUE SE ME INFORMÓ TODO ESTOS REQUISITOS DESDE EL PRIMER DÍA DE MI PRESENTACIÓN Y DOY FE DE QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADO POR MI PERSONA SON CIERTOS Y ACEPTO DICHAS CONDICIONES.

Observaciones

Firma del aspirante

Rango Posicion Nombre Reclutador

Fecha

Hora