# Fecha: Haga clic aquí y seleccione la fecha.

# FICHA DE INCORPORACIÓN

# DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | RUT |  |
| Genero/Sexo |  | Nacionalidad |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Profesión u Oficio |  |
| Dirección |  | Comuna |  | Ciudad |  |
| Correo Personal |  | Celular |  |

**DATOS FAMILIARES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado Civil** |  | **Nombre Cónyuge / Pareja** |  | **N° de Hijos(a)** |  |

**INTEGRANTES DEL HOGAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Edad** | **Parentesco** | **Carga SI/NO** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**DATOS DE VIVIENDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Vivienda (Casa, Depto., Mediagua, ETC.)** |  | **Arrendada/Propia/Cedida** | Elija su opción. |

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre**  |  | **Parentesco** |  | **Teléfono** |  |

**ANTECEDENTES MÉDICOS (Indicar si Usted o algún miembro de su familia padece alguna enfermedad o problema de salud crónico)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Tipo de enfermedad** | **Está en tratamiento SI/NO** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**DATOS LABORALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cargo** |  | **Área / Carrera** |  |
| **Fecha Ingreso Empresa** |  | **Jornada En Hrs.** |  | **Sede** | Seleccione la Sede. |
| **Jefatura Directa** |  | **Correo USS** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma**