



Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social



Secretaría de Estado de Planeamiento
Unidad de Gestión

HISTORIA LABORAL

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 Si PJH Otro ¿Cuál? (Nombre del Programa):

Jurisdicción del programa: Nacional
Provincial
Municipal

DATOS PERSONALES																			
2. Apellidos y nombres																			
3. CUIL								4. Fecha de nacimiento											
5. SEXO		M	F	6. Tipo de documento				DNI		CI		LC/LE		Nº					
7. DOMICILIO																			
BARRIO																			
LOCALIDAD					Municipio					Provincia					Codigo Postal				
8. TELÉFONO																			
9. Correo electrónico																			
10. ¿Cuál es su estado civil actual?				Soltero/a				Casado/a o Unido/a				Divorciado/a o separado/a				Viudo/a			
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								01. No asistió a la escuela pero sabe leer y escribir							
NIVEL PRIMARIO															
02. Primario/egb Incompleto				1. Abandonó				Ultimo año aprobado				Fecha de abandono (año)			
				2. En curso				Año que está cursando							
03. Primario/EGB completo															
NIVEL MEDIO															
(desde aquí marcar todos los casilleros correspondientes no solo al máximo alcanzado a fin de constar con información completa sobre el perfil educativo).															
												Incompleto		Completo	
04. Secundario		1. Bachiller													
		2. Técnico (especificar)													
		3. Comercial													
05. Polimodal		4. Economía y gestión de las organizaciones													
		5. Comunicación, arte y diseño													
		6. Ciencias naturales													
		7. Humanidades y ciencias sociales													
Para los incompletos		1. Abandonó					Ultimo año aprobado				Fecha de abandono (año)				
		2. En curso					Año que está cursando								

NIVEL TERCARIO										
(Marcar todos los casilleros correspondientes, no solo 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. Pro ejemplo si abandonó o esta cursando la materia N° 10 de un total de 30, marcar 30%).										
								Incompleto	<input type="checkbox"/>	
								Completo	<input type="checkbox"/>	
Carrera/ título								Codigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para los incompletos	1- Abandonó	<input type="checkbox"/>	% de carrera aprobado	<input type="checkbox"/>	%	Fecha de abandono				
	2- En curso	<input type="checkbox"/>	% de carrera en curso	<input type="checkbox"/>	%					

NIVEL UNIVERSITARIO (marcar todos los casilleros correspondientes)										
								Incompleto	<input type="checkbox"/>	
								Completo	<input type="checkbox"/>	
Carrera/ título								Codigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para los incompletos	1- Abandonó	<input type="checkbox"/>	% de carrera aprobado	<input type="checkbox"/>	%	Fecha de abandono				
	2- En curso	<input type="checkbox"/>	% de carrera en curso	<input type="checkbox"/>	%					
13. (A todos/as) ¿Piensa seguir estudiando?										
				No	<input type="checkbox"/>	Si	<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	<input type="checkbox"/>	Horas				(especificar semanales/mencuales)		
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 mas importante, ya sea por el puesto que ocupó, la duración, el salario, etc. (si menciona trabajos por cuenta propia incluir socio en la pregunta 17, Si menciona mas de 5 trabajos agregar las hojas necesarias)

1. Empleador								Rama de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto								Codigo de ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas realizadas										
Período	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2. Empleador								Rama de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto								Codigo de ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas realizadas										
Período	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3. Empleador								Rama de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto								Codigo de ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas realizadas										
Período	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4. Empleador								Rama de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto								Codigo de ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas realizadas										
Período	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5. Empleador								Rama de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto								Codigo de ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas realizadas										

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

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.)																
Cód. de ocupación				Período				a								
¿Cuántas personas trabajaban con usted? Total																
Familiares			Empleados			Otros (especificar)			Ninguna							
2. ¿Qué producto o servicio producía y/o comercializaba?																
												Rama de actividad				
¿Qué actividad realizaba usted? (gestión, producción, venta, administración, etc.)																
Cód. de ocupación				Período				a								
¿Cuántas personas trabajaban con usted? Total																
Familiares			Empleados			Otros (especificar)			Ninguna							
1. ¿Qué producto o servicio producí y/o comercializaba?																
												Rama de actividad				
¿Qué actividad realizaba usted? (gestión, producción, venta, administración, etc.)																
Cód. de ocupación				Período				a								
¿Cuántas personas trabajaban con usted? Total																
Familiares			Empleados			Otros (especificar)			Ninguna							

CAPACITACION Y FORMACION PROFESIONAL																
18- ¿Hizo o esta haciendo algún curso de capacitación?										NO <input type="checkbox"/>		(A pregunta 19)			SI <input type="checkbox"/>	
¿Cuáles fueron los más importantes? Por duración, calidad, etc (si hizo mas cursos agregar hojas)																
Nombre del curso	Institución	Duración	Fechas		En curso	Finalizado	Con certificado									
			Inicio	Fin												
19- ¿Le interesa hacer alguna capacitación?		NO <input type="checkbox"/>														
		SI <input type="checkbox"/>		¿En que temas?												
20- ¿Sabe manejar computador: NO <input type="checkbox"/>										(a pregunta 21)						
SI <input type="checkbox"/>		¿Qué programas maneja?			WORD		EXCEL		NAVEGADORES DE INTERNET							
Otros																

21- ¿Sabe otro idioma?		NO	<input type="checkbox"/>						
SI	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Lee	<input type="checkbox"/>	Escribe	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Francés	<input type="checkbox"/>	Lee	<input type="checkbox"/>	Escribe	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Portugués	<input type="checkbox"/>	Lee	<input type="checkbox"/>	Escribe	<input type="checkbox"/>	Habla	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)									

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"/>	SI	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CARGA	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>
	Otros (especificar) _____									
24- ¿Tiene libreta sanitaria?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>						
25- ¿Tiene libreta de trabajo para la construcción?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>						
26- ¿Tiene permiso de portación de armas?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>						
27- ¿Tiene matrícula?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____					

SEGURO POR DESEMPLEO

28. ¿Cobró alguna vez seguro por desempleo? No (a pregunta 31)

Si ¿Cuántas veces fue beneficiario? _____

29. ¿Esta cobrando actualmente el seguro de desempleo? No

Si ¿Cuántas cuotas tiene otorgadas? _____ ¿Cuántas cuotas ya cobró? _____

30. ¿Optó por el Pago Único alguna vez? No Si ¿Su proyecto está en funcionamiento? Si

No ¿Por qué? _____

DIFICULTADES PSICOFISICAS

31. ¿Tiene algún tipo de discapacidad? No (a pregunta 32)

Si ¿Cuál? _____ Tipo Congénita Adquirida

¿Tiene certificado de discapacidad? (según certificado de Discapacidad art. 3 Ley 22,431) No

Si Fecha de emisión _____ Fecha de vencimiento _____

Ente certificador _____

Diagnóstico

Motriz Traslado: Muleta Bastón Andador Silla de ruedas Sin ayuda

Visual No vidente Baja visión Modo de escritura: Braille Letra ampliada

Mental Leve Moderada Severa

Visceral Organó afectado _____

Auditiva Hipoacúsico Sordo Lenguaje de señas Lenguaje oralizado

Mixta

Otro (especificar) _____

Autonomía Traslado: Transporte público Otro (especificar) _____

Movilidad: Con acompañante Sin acompañante

Tratamiento/s médico/s actual/es _____

Seguridad social No Si (especificar) _____

Otros subsidios No Si (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 Si ¿Cuál? _____

