

REGISTRO DE EMPLEADORES

SNE-02

Entidad Federativa	
Folio	

Para brindarle un mejor servicio, favor de proporcionar todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad. Este formato deberá ser llenado con letra de molde legible y los datos serán incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el sistema. De igual manera, serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

RFC:

Fecha:
D D M M A A A A

CURP: (sólo para personas físicas)

Capacitación Mixta	Capacitación en la Practica Laboral	Capacitación para la Certificación de Competencias Laborales	Movilidad Laboral
()	()	()	()

DATOS GENERALES DEL EMPLEADOR (marque con una "X" en el paréntesis que dé respuesta a la pregunta)				
Tipo de empleador: Privada () Pública () Social ()				
En caso de tipo de empresa privada, indicar el tipo de persona: Física () Moral ()				
En caso de tipo de empresa privada: nombre (s), primer apellido y segundo apellido o razón social:			Tipo de sociedad (en caso de empresa moral: S.A, S.A de C.V, etcétera).	
Nombre comercial del empleador o nombre de la organización:				
DOMICILIO FISCAL DEL EMPLEADOR				
Código Postal:	Entidad federativa:	Municipio o delegación:	Colonia:	Localidad:
Calle:		Número exterior:		Número interior:
¿Entre qué calles?: _____ y _____				
CLASIFICACIÓN				
Número de empleados:		Rama de actividad:		
DESCRIPCIÓN Y RECLUTAMIENTO				
Descripción de la empresa:				
Correo electrónico de información general de la empresa (por ejemplo; info@empresa.com / contacto@empresa.com):				

Página web de la empresa:					¿Cómo se enteró del Servicio Nacional de Empleo (SNE)?										
CONTACTO															
*Nota: al menos un dato de contacto es obligatorio; en el caso del teléfono será verificado por el SNE, y en el caso del correo se enviará un mensaje para ser confirmado. En caso de no poder contactarlo a través de ninguno de estos medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.															
Nombre (s), primer apellido y segundo apellido del contacto:										Cargo del contacto:					
Teléfono Fijo		0	1	Lada		Extensión			Teléfono celular		0	4			
Correo electrónico de contacto:										Registrar en el Portal del Empleo () Sí () No					

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son ciertos.

Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 16 y de conformidad con lo señalado en el artículo 20, ambos de la LGPDPSO, en calidad de Empleador expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la OSNE para los fines consistentes en la vinculación laboral, promoción de mis vacantes, de la CGSNE, con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la solicitud de dichos datos personales. Asimismo, la OSNE como Sujeto Obligado será la encargada de establecer los mecanismos necesarios para la protección de los datos bajo su resguardo, así como de aquellos mecanismos que aseguren la correcta transferencia de éstos a otra entidad. He sido informado que podré ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, ante los Responsables de la posesión de dichos datos, entendiéndose que para el caso, será la OSNE el Sujeto obligado.

También, me comprometo a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que me sean proporcionados respecto a candidatos para cubrir las vacantes que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos, y que estaré sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Empleador o su representante

Nombre y firma

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".
"Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar a los teléfonos **01-800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172 y 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)**".

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.