



Servicio de Integración Laboral

COCEMFE
LAS PALMAS

Federación de Asociaciones de Personas
con Discapacidad Física y Orgánica
de Las Palmas



COCEMFE
LAS PALMAS

Fecha de Contacto: Oferta N°:

Empresa: C.I.F.:

OFERTA DE EMPLEO

| | | | | | |
|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Nombre Contacto: | <input type="text"/> | Cargo: | <input type="text"/> | | |
| Tipo de Empresa: | <input type="text"/> | Sector: | <input type="text"/> | | |
| Director: | <input type="text"/> | Teléfonos: | <input type="text"/> | Fax: | <input type="text"/> |
| Población: | <input type="text"/> | C.P.: | <input type="text"/> | Correo Electrónico: | <input type="text"/> |

CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO

| | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Puesto Solicitado: | <input type="text"/> | | | | Nº de Puestos: | <input type="text"/> |
| Funciones / Descripción: | <input type="text"/> | | | | | |
| Tipo de Contato / Retribución: | <input type="text"/> | Horario: | <input type="text"/> | | | |
| Experiencia: | <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> | Sexo: | <input type="text"/> | |
| Formación Reglada: | <input type="text"/> | Idioma: | <input type="text"/> | | | |
| Formación Ocupacional: | <input type="text"/> | Sector: | <input type="text"/> | | | |
| Minusvalías Excluyentes Sillas de Rueda, brazo, etc. | <input type="text"/> | Carnet de Conducir: | <input type="text"/> | Coche Propio: | <input type="text"/> | |
| Observaciones: <input type="text"/> | | | | Sello y firma de la Empresa | | |