

Servicio de Integración Laboral

RESULTADO DEL PROCESO DE SELECCIÓN

El siguiente documento recoge el resultado del proceso de selección. Nosotros pretendemos que la calidad del servicio que prestamos a las empresas mejore día a día, por ello les rogamos que cumplimente y nos remita por fax o correo electrónico este documento una vez haya finalizado el proceso de selección, para que así podamos tener constancia del resultado del mismo. Gracias por su colaboración.

Notaciones:		En caso de no ser seleccionado		En caso de rechazo del demandante	
SEL	Seleccionado	PA	Perfil alto	OED	Oferta de otra empresa
CT	Contratado	NP	No cumple perfil (especificar motivos)	RED	Razones económicas
NO	No se presentó a la entrevista	OT	Otras (especificar motivos)	OTD	Otras (especificar motivos)
NE	No entrevistado	Marquese lo que proceda en cada caso rodeando con un círculo en las siglas que correspondan.			
NI	No interesado				
NS	No Seleccionado				

DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre Empresa:		Dirección e-mail:	
Persona contacto:		Teléfono:	
Dirección:		Fax:	
Población:		Provincia:	
Código Postal:		C.I.F.:	
Puesto:		Fecha petición:	



Servicio de Integración Laboral

Nombre:													
Teléfono:							Teléfono 2:						
Fax:													
Sexo							Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:							Edad:						
Observaciones:													
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD	

Nombre:													
Teléfono:							Teléfono 2:						
Fax:													
Sexo							Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:							Edad:						
Observaciones:													
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD	

Nombre:													
Teléfono:							Teléfono 2:						
Fax:													
Sexo							Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:							Edad:						
Observaciones:													
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD	

Nombre:													
Teléfono:							Teléfono 2:						
Fax:													
Sexo							Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:							Edad:						
Observaciones:													
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD	



Servicio de Integración Laboral

Nombre:												
Teléfono:				Teléfono 2:								
Fax:												
Sexo						Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:						Edad:						
Observaciones:												
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD

Nombre:												
Teléfono:				Teléfono 2:								
Fax:												
Sexo						Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:						Edad:						
Observaciones:												
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD

Nombre:												
Teléfono:				Teléfono 2:								
Fax:												
Sexo						Grado de discapacidad:						
Fecha de nacimiento:						Edad:						
Observaciones:												
Notación:	SEL	CT	NO	NE	NI	NS	PA	NP	OT	OED	RED	OTD

FECHA:

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA: