



SOLICITUD DE EMPLEO

Los programas, servicios y empleo estan igualmente disponibles para todos. Informe al departamento de Recursos Humanos si necesita acomodaciones razonables para la solicitud o la entrevista.

Fecha: _____

Como te enteraste/escuchaste de nosotros o de este puesto?

Puesto(s) en el que estas aplicando: _____

Nombre Completo: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Fecha disponible para comenzar: _____

Numero de Seguro Social (SSN): _____Requisito Salariales(\$): _____

Si es menor de 18 años, ¿puede demostrar un permiso de trabajo? (Circule la respuesta adecuada) → Si No

En dado caso de que no, por favor explique: _____

¿Has trabajado alguna vez para esta compania? Si: ____ No: ____

En caso que si, cuando? _____

Esta legalmente autorizado a trabajar en los Estados Unidos? Si: ____ No: ____

Que tipo de empleo esta buscando? (circule una): Tiempo Completo | Medio Tiempo | Temporal | Empleo Estacional

Numero de licencia de conducir: _____ Estado de emision: _____

EDUCACION

Nombre/ubicacion de la escuela secundaria _____ Te graduaste? → Si No

Nombre/ubicacion de la universidad _____ Anos atendidos: _____

Titulos/Certificados completados: _____ Otros temas estudiados: _____

Escuela de Comercio, Negocios o por correspondencia: _____ Anos atendidos: _____

Temas estudiados _____ Se graduo? Si ____ No ____

RESUMA SUS HABILIDADES Y CALIFICACIONES ESPECIALES:

HISTORIAL DE EMPLEO (Comienze con la fecha mas reciente)

Fechas de Empleo → Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____ Posiciones obtenidas: _____

Nombre de la compania: _____ Numero de telefono: _____

Direccion de la compania: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Nombre del Supervisor: _____

Titulo del Supervisor: _____

Responsabilidades: _____

Salario inicial y Titulo: _____ Fin de sueldo y Titulo: _____

Motivo de el departamento: _____

Podemos contactar este empleador para obtener una referencia? (Circule la respuesta adecuada) → Si No

Fechas de Empleo → Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____ Posiciones obtenidas: _____

Nombre de la compania: _____ Numero de telefono: _____

Direccion de la compania: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Nombre del Supervisor: _____

Titulo del Supervisor: _____

Responsabilidades: _____

Salario inicial y Titulo: _____ Fin de sueldo y Titulo: _____

Motivo de el departamento: _____

Podemos contactar este empleador para obtener una referencia? (Circule la respuesta adecuada) → Si No

Fechas de Empleo → Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____ Posiciones obtenidas: _____

Nombre de la compania: _____ Numero de telefono: _____

Direccion de la compania: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Nombre del Supervisor: _____

Titulo del Supervisor: _____

Responsabilidades: _____

Salario inicial y Titulo: _____ Fin de sueldo y Titulo: _____

Motivo de el departamento: _____

Podemos contactar este empleador para obtener una referencia? (Circule la respuesta adecuada) → Si No

Al firmar a continuación, certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se emplean, las declaraciones falsificadas en esta solicitud serán motivo de despido, una vez descubiertas. Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento y las referencias y empleadores enumerados anteriormente para brindarle cualquier información relacionada con mi empleo anterior y cualquier información pertinente que puedan tener personal o de otro tipo, y libero a la compañía de toda responsabilidad por cualquier daño que pueda resultar de la utilización de dicha información. También entiendo y acepto que ningún representante de la empresa tiene autoridad para celebrar ningún acuerdo de empleo por un periodo de tiempo específico, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito y esté firmado por un representante autorizado de la empresa. Esta exención no permite la divulgación o el uso de información médica o relacionada con la discapacidad de una manera prohibida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y otras leyes federales y estatales relevantes.

Firma _____ Fecha: _____