



SOLICITUD DE EMPLEO
CUESTIONARIO PREVIO AL EMPLEO
EMPLEADOR DE OPORTUNIDADES IGUALES

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE (APELLIDO PRIMERO)			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Numero de Telefono ()	Numero de Social Security - -		

HISTORIA / EXPERIENCIA

¿ESTÁS EMPLEADO ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		¿ALGUNA VEZ HAS APLICADO A ESTA EMPRESA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (En caso que si, ¿Cuando? _____)	
En caso que si, ¿Donde?			
¿HAS TRABAJADO PARA ENTIDAD DE TURMAN ANTES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		En caso que si, ¿Cuando? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> _____ MES(S) ATRAS <input type="checkbox"/> _____ AÑO(S) ATRAS	
¿TIENE EXPERIENCIA PREVIA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CAMPOS? (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)			
<input type="checkbox"/> EQUIPO/OPERADOR DE MÁQUINA	<input type="checkbox"/> MARCADOR	<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO	<input type="checkbox"/> SIERRAS
<input type="checkbox"/> OBRERO	<input type="checkbox"/> MECANICO	<input type="checkbox"/> OPERADOR DE BOILE	<input type="checkbox"/> CAMIONERO

HABILIDADES ADICIONALES _____

ANTIGUOS EMPLEADORES

NOMBRE DEL EMPLEADOR	DURACIÓN DEL EMPLEO

¿TIENE AL MENOS 18 AÑOS DE EDAD? NO SI
 ¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONDENADO POR UN DELITO GRAVE? NO SI
 EN CASO QUE SI, EXPLIQUE EL TIEMPO Y LA NATURALEZA DE LA(S) OFENSA(S)? _____

AUTORIZACIÓN

"Certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos y completos a mi mejor saber y entender y entiendo que, si se emplean, las declaraciones falsificadas en esta solicitud serán motivo de despido.
 Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento 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 ninguna representación de la compañía tiene autoridad para celebrar ningún acuerdo de empleo por un período 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 compañía.
 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 (ADA) y otras leyes federales y estatales relevantes".

FIRMA _____

FECHA _____