

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Educación	Años Completados	Certificado, Grado y Materia Estudiada	Nombre de la Escuela	Localidad	¿Se Graduó?
Escuela Gramática o Escuela Superior					
Escuela Comercial o por Correspondencia					
Colegio / Universidad					
Escuela Graduada					

Describa alguna otra especialidad o entrenamiento profesional (como grado comercial, técnico o escuela de enfermería). Incluya cursos de estudio mediante empleo público o privado. Diga si recibió algún certificado o bachillerato. _____

HITORIAL DE EMPLEOS (Comience por el trabajo más reciente)

1. Nombre y Dirección del Patrono	Numero de Teléfono
Supervisor Inmediato (Nombre y Posición)	Fecha de Comienzo Salario de Comienzo
Posición y Responsabilidades	Fecha de Partida Salario de Culminación
Razón de irse	
2. Nombre y Dirección del Patrono	Numero de Teléfono
Supervisor Inmediato (Nombre y Posición)	Fecha de Comienzo Salario de Comienzo
Posición y Responsabilidades	Fecha de Partida Salario de Culminación
Razón de Irse	

¿Podemos comunicarnos con éstos patronos? _____ Si no, ¿cual desea usted que contactemos? _____

REFERENCIAS

(Por favor no enumere a parientes ni empleados antiguos)

Nombre _____	Dirección _____	Ocupación _____
Nombre _____	Dirección _____	Ocupación _____
Nombre _____	Dirección _____	Ocupación _____

Toda la información en esta aplicación de empleo es cierta y completa. Yo entiendo que si soy empleado, cualquier falso testimonio en esta aplicación será motivo suficiente para mi despido. Le está autorizado hacer cualquier investigación de mi historial personal, financiero y mi crédito por medio de cualquier medio de investigación o agencias de crédito de su opción.

Al hacer esta aplicación de empleo, también entiendo que cualquier reporte de investigación puede ser obtenido ya sea por entrevistas personales con mis vecinos, amigos o conocidos. Esta investigación incluye información personal sobre mi carácter, reputación en general, características personales y modo de vida. Entiendo que yo tengo el derecho para someter una petición por escrito con un periodo de tiempo razonable para obtener información adicional o detallada respecto a esta investigación y reporte.

Acepto estar empleado bajo el término de probatoria de 90 días y que durante este periodo de tiempo puedo ser despedido a la discreción de mi patrono.

Yo autorizo el uso de esta información dada en esta aplicación para verificar mi datos, y también autorizo a mis pasados patronos, médicos Y referencias dadas para contestar cualquier pregunta concerniente a mis habilidades, carácter, reputación e historial de trabajo. No hago estas personas responsables por la información o daños que puedan causarme al divulgar mi información personal.

He trabado con EMEGC por el siguiente servicio comercial: _____
(Letra de Molde)

Desde _____ hasta _____ en _____ para _____
Mes / Año Mes / Año Nombre del Patrono Supervisor (Letra de Molde)

Firma del Aplicante

Fecha

INFORMACIÓN GENERAL (Por favor complete de lleno)

Posición que esta aplicando _____ Fecha _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Mes _____ Dia _____ Año _____
Inicial _____Dirección _____
Numero de Calle _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ Número de Seguro Social _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Ciudadano Americano: Si _____ No _____ Si no, tipo de permiso o número de inmigrante: _____

Ultimo nivel de escolaridad alcanzado: (circule) Escuela Superior 1 2 3 4 Colegio 1 2 3 4

¿Tiene transportación fija? Si _____ No _____

Licencia de Conducir _____
Estado _____ Número de Licencia _____ Fecha de Vencimiento _____¿Ha sido convicto de algún crimen o delito federal? Si No Si es así, por favor explique en el reverso de esta página (párrafo #2)¿Esta sujeto a alguna orden legal por alguna corte criminal o civil? Si No Si es así explique en el reverso de esta página (párrafo #3).¿Ha sido miembro de las fuerzas militares armadas del ejército de los Estados Unidos de América? Si No

Si así es, dé su cargo y término del deber: _____

INFORMACIÓN FÍSICAEstatura _____ Peso _____ Ha padecido alguna enfermedad grave? Si No

Si es así, explique _____

¿Tiene usted alguna condición física, o sufre de dolores de espalda, que le limite su habilidad para hacer cualquier tipo de trabajo?
 Si No

Si es así, describa tales condiciones, o tipos de trabajos _____

¿Tiene usted algún impedimento físico, que le limite hacer ciertos tipos de trabajo? Si No Si es así, describa tales impedimentos y limitaciones específicas de trabajo _____¿Esta bajo algún tratamiento médico en el presente? Si No _____

Nombre de su médico

¿Alguna vez ha recibido beneficios de Compensación del Seguro al Trabajador? (Workers Compensation) Si No

EMPLEADO	CIUDAD	TIPO DE ACCIDENTE	NATURALEZA DE LESION	DESDE	HASTA

¡CONTINUE AL REVERSO POR FAVOR!

