

SOLICITUD DE EMPLEO

Al solicitante: Apreciamos su interés en nuestra firma y le aseguramos que estamos interesados en sus calificaciones. Un claro entendimiento de su fondo y historia de trabajo nos ayudarán en la búsqueda a colocarle en una posición que, en nuestro juicio, mejor adapte a sus calificaciones.

Somos un empleador de igualdad de oportunidades y no vamos a ilegalmente discriminar sobre la base de raza, color, sexo, religión, nacionalidad, edad, estado matrimonial o veterano, la presencia de una enfermedad o deficiencia, altura, peso o cualquier otro estado protegido.

PERSONAL

Nombre _____ Fecha de Solicitud _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección _____
(Nombre y Número de la Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono (con código de área) _____ Número de Seguro Social _____

¿Tiene 18 años de edad o más? Sí No ¿Ciudadano de EE.UU. ? Sí No (not applicable in California)

¿Usted autorizado a trabajar en los Estados Unidos? Sí No

¿Ha sido empleado antes aquí? Sí No Si sí, fecha _____

Nombre de supervi _____

¿Se ha presentado una solicitud antes? Sí No Si sí, fecha _____

Lista de amigos/parientes que trabajan aquí _____

¿Qué método del transporte usará para venir al trabajo? _____

EMPLEO DESEADO:

Posición(es) solicitada _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Parcial Otro _____

¿Tiene alguna formación especial, habilidades, u otras experiencias que se relacionan con la posición(es) solicitadas?

Sueldo deseado _____ Fecha lista para trabajar _____

Los empleadores deben hacer alojamientos a empleados y postulantes discapacitados donde el alojamiento no imponer privaciones al empleador.

Según la ley de Michigan sólo, los empleados y los candidatos minusválidos pueden solicitar un alojamiento de su invalidez por notificando la firma en la escritura de la necesidad del alojamiento 182 días desde la fecha que el individuo minusválido sabe o debería saber que un alojamiento es necesario. Este requisito no se aplica al derecho de un individuo en virtud de la Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades). El fracaso de notificar correctamente la firma puede impedir cualquier reclamación que el empleador dejó de alojar al individuo minusválido.

EXPERIENCIA DE EMPLEO (Ponga el trabajo corriente o más reciente primero.)

1	Empleador	Fecha		Trabajo realizado
	Dirección	Desde	Hasta	
	Ciudad Estado Código Postal			
	Teléfono (con código de área)	Tasa por Hora/Salario		
	Título del puesto	Inicial	Final	
	Supervisor			
	Razón de salida			
2	Empleador	Fecha		Trabajo realizado
	Dirección	Desde	Hasta	
	Ciudad Estado Código Postal			
	Teléfono (con código de área)	Tasa por Hora/Salario		
	Título del puesto	Inicial	Final	
	Supervisor			
	Razón de salida			
3	Empleador	Fecha		Trabajo realizado
	Dirección	Desde	Hasta	
	Ciudad Estado Código Postal			
	Teléfono (con código de área)	Tasa por Hora/Salario		
	Título del puesto	Inicial	Final	
	Supervisor			
	Razón de salida			

Haga una lista de otras posiciones mantenidas, en una hoja aparte.

EDUCACIÓN	Nombre/ubicación	Años cumplidos	Diploma/ Grado	Cursos de Estudio
Escuela Primaria				
Escuela Secundaria				
Colegio				
Graduada				
Vocacional/formación				

REFERENCIAS (No incluir a parientes o ex-empleadores.)

	Nombre	Dirección	Número de Teléfono	Años Conocido
1				
2				
3				

Registro de servicio militar

¿Ha tenido alguna experiencia en las Fuerzas Armadas de EE. UU. o la Guardia Nacional en un Estado? Sí No

Si sí, que rama? _____ Rango en Descarga _____ Fecha de Descarga _____

¿Es usted en las reservas? Sí No Si sí, fecha obligación termina _____

Especial/formación técnica _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha sido condenado usted de un delito? Sí No Si sí, dónde, cuándo y naturaleza de ofensa _____

¿Tiene un permiso de conducir válido? Sí No Número de licencia _____ Estado _____

Haga una lista de comercio profesional, negocios o actividades cívicas y cargos que ha ocupado, excluyendo grupos el nombre o carácter de que indican raza, color, religión, género, origen, discapacidad, estado matrimonial y veterano, altura, peso o edad.

Dé cualquier información adicional que usted sienta puede ser provechoso para nosotros para tener en cuenta su solicitud.

Nombre, dirección y teléfono de la persona para ser notificado en caso de accidente o emergencia.

CWQTK CEK P' ['EQORTGPK P <

A partir de la firma de esta aplicación, represento que toda la información ahora o más adelante dado por mí en apoyo de mi solicitud es verdadera y completa. Le autorizo a verificar cualquier información sobre mis antecedentes, incluyendo pero no limitado a, mi empleo, conducción registro, educación, historia criminal, o historial médico (después de ofrecer sólo), con los individuos apropiados, compañías, instituciones o agencias, y los autorizo a liberar información como usted requiere, incluso mi registro de empleo disciplinario previo, sin cualquier obligación de darme notificación por escrito de tal revelación. También le autorizo a liberar toda la información solicitada por cualquiera de mis futuras o posteriores empleadores sin ninguna obligación de darme aviso por escrito de dicha divulgación. Libero usted y ellos de cualquier responsabilidad en absoluto a consecuencia de cualquier solicitudes de información y divulgaciones y este liberación de responsabilidad no renunciar a un individuo de archivar una carga de discriminación bajo las leyes impuestas por la EEOC. Estoy de acuerdo en que cualquier información falsa en apoyo de mi solicitud puede sujetarme para descargar en cualquier momento durante el período de mi empleo.

Estoy de acuerdo en que me quedará vinculado por el resto de las normas, políticas, regulaciones, términos y condiciones de empleo de la empresa como cambian de vez en cuando, y ningunas obligaciones adicionales pueden ser impuestas a la firma excepto aquellos que han sido reconocidos por escrito, por el presidente o sus representantes designados.

Estoy de acuerdo que cualquier acción o demanda contra la empresa, sus agentes o empleados, procedentes de mi empleo o terminación de empleo, incluyendo, pero no limitado a, reclamaciones que se surgen según Estado y Ley federal, 't gt q' bq' gwc wvquf g' f gt gej qu' elskgru' hgf gt cng' eppvplppf q' wp' r gt q' f g' hlo lceklppgu' lgr et cf q' f gdt' a' r t gupvct ug' f gvt q' f g' iqu' 3: 2' f' q' u' f g' r' l' w' e' g' u' s' w' g' f' 2' h' i' ct' e' ' h' u' t' g' e' n' o' c' e' k' l' p' p' g' u' o' i' g' g' z' e' n' t' a' ' r' c' t' c' ' l' i' g' o' r' t' g' e' b' g' p' q' u' s' w' g' h' i' t' g' t' q' i' f' g' i' g' l' f' ' f' g' r' t' g' u' e' t' l' r' e' l' p' ' e' r' h' e' c' d' i' g' ' h' e' c' ' b' a' u' e' q' t' v' q' s' w' g' 3: 2' f' q' u' g' p' e' w' q' e' c' u' q' l' e' i' w' k' 2' ' u' l' e' p' f' q' i' h' i' c' f' q' r' q' t' g' u' g' b' a' u' e' q' t' v' q' r' g' t' q' i' f' g' i' o' l' c' e' k' l' p' p' u' t' g' p' w' e' k' q' ' e' ' e' w' e' n' s' w' i' g' t' e' r' g' t' q' i' f' g' i' o' l' c' e' k' e' l' p' ' e' r' i' e' q' p' v' t' c' t' k' q' G' u' x' q' ' f' g' ' e' w' e' t' f' q' ' e' f' g' o' a' u' s' w' g' i' k' { q' f' g' d' g' t' q' ' t' c' g' t' ' e' w' e' n' s' w' i' g' t' ' h' e' n' e' f' g' ' e' e' l' p' ' i' g' i' h' u' e' v' x' c' ' h' t' g' e' n' o' c' e' l' e' p' f' g' t' k' e' c' f' e' u' f' g' b' k' g' o' r' r' g' q' e' q' p' v' t' c' ' i' e' ' go r t g u c . ' b' p' s' w' g' i' r' h' t' o' c' r' t' g' x' e' g' e' g' . x' q' i' ' e' ' r' c' i' e' t' ' e' ' h' e' ' g' o' r' t' g' u' c' ' e' w' e' n' s' w' i' g' t' ' { ' ' v' q' e' ' g' u' q' u' i' c' u' q' u' l' p' e' w' t' t' l' g' t' q' p' ' r' q' t' ' h' e' ' g' o' r' t' g' u' c' ' g' p' ' f' g' l' g' p' u' c' ' f' g' ' f' l' e' j' c' u' t' g' e' n' o' c' e' k' l' p' p' u' q' ' e' e' k' l' p' p' u' ' l' p' e' n' w' u' j' ' p' q' q' t' c' t' k' u' f' g' ' e' d' q' i' c' f' q' 0' También estoy de acuerdo en que mi empleo es condicional hasta cuando los resultados de mi post-oferta física (si tal reconocimiento médico se requiere) sean conocidos.

Fecha _____

Firma _____

PARA USO DEL ENTREVISTADOR

Entrevistado por _____ Fecha _____

Comentarios _____

Entrevistado por _____ Fecha _____

Comentarios _____

Entrevistado por _____ Fecha _____

Comentarios _____

Contratado: Sí Fecha de inicio _____ Departamento _____ Título del trabajo _____

No Comentarios _____

APROBADO:

_____ Nombre _____ Título _____ Fecha _____

_____ Nombre _____ Título _____ Fecha _____

_____ Nombre _____ Título _____ Fecha _____