

Nombre: _____

Posición Que Estas Aplicando: _____

Fecha Disponible: _____

For Office Use Only:

Rate of pay \$ _____ Position: _____ Interviewed By: _____

Crew Number: _____ General Superintendent's Initials: _____ Driver? YES NO

Campbell Concrete of Nevada, Inc
 Un Empresario De Igualdad De Oportunidades
 Por favor imprima, use tinta negra o azul

Posición a la que está aplicando				Fecha	
Apellido		Primer Nombre		Inicial Segundo Nombre	
Número de Seguro Social					
Dirección		Ciudad		Estado	
Zona Postal					
Teléfono #					
Apellido de soltera u otro apellido usado:				Número de Licencia de Manejar:	
				Estado de expedición:	
¿Alguna vez ha sido usted arrestado, condenado o acusado de una felonía o delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Nota: Ningún aplicante será rechazado solo por condena de una ofensa criminal. La naturaleza de la ofensa, fecha de la ofensa, circunstancias y pertinencia de la ofensa a la posición que se aplica puede ser sin embargo considerada.	
¿Es usted mayor de 18? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si contratado, ¿puede usted producir evidencia que tiene derecho legal de vivir y trabajar en este país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha trabajado para esta compañía o un subsidiario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si, imprima nombre que usó y fechas de empleo:					
¿Cómo supo de esta posición?				Si contratado, tiene usted método seguro de transporte para ir y regresar del trabajo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Qué días y horas puede trabajar usted?					
<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viérnes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo _____ AM a _____ PM					
¿Está usted trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Podemos llamar a su patrón actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuándo puede empezar a trabajar?			Salario que desea: \$		
¿Puede usted hacer todas la funciones esenciales de la posición para la que aplica con o sin acomodaciones razonables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si no, describa las funciones que no puede hacer:		
Nota: Nosotros cumplimos con ADA y consideramos acomodaciones razonables que pueden ser necesarias para que aplicantes/empleados elegibles puedan ejecutar sus funciones esenciales. Empleo puede estar sujeto a pasar un examen médico y exámenes de habilidad y agilidad.					
HISTORIA DE EMPLEO					
<i>Haga una lista de sus empleos en los últimos diez años, empiece con su patrón más reciente</i>					
FECHA		EMPRESARIO			POSICION
De: ____/____/____		Compañía:			Posición:
Hasta: ____/____/____		Dirección:		Salario Final: \$	
		Ciudad/Estado/Zona Postal:		Teléfono:	
		Supervisor:		Salario Comienzo: \$	
Describa Obligaciones:					
Razón de irse:					
¿Podemos llamar este patrón para una referencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
De: ____/____/____		Compañía:			Posición:
Hasta: ____/____/____		Dirección:		Salario Final: \$	
		Ciudad/Estado/Zona Postal:		Teléfono:	
		Supervisor:		Salario Comienzo: \$	
Describa Obligaciones:					
Razón de irse:					
¿Podemos llamar este patrón para una referencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

De: ____/____/____ Hasta: ____/____/____	Compañía: Dirección: Ciudad/Estado/Zona Postal: Supervisor:	Teléfono:	Posición: Salario Final: \$ Salario Comienzo: \$
---	--	-----------	--

Describe Obligaciones:

Razón de irse:

¿Podemos llamar este patrón para una referencia? Sí No

De: ____/____/____ Hasta: ____/____/____	Compañía: Dirección: Ciudad/Estado/Zona Postal: Supervisor:	Teléfono:	Posición: Salario Final: \$ Salario Comienzo: \$
---	--	-----------	--

Describe Obligaciones:

Razón de irse:

¿Podemos llamar este patrón para una referencia? Sí No

De: ____/____/____ Hasta: ____/____/____	Compañía: Dirección: Ciudad/Estado/Zona Postal: Supervisor:	Teléfono:	Posición: Salario Final: \$ Salario Comienzo: \$
---	--	-----------	--

Describe Obligaciones:

Razón de irse:

¿Podemos llamar este patrón para una referencia? Sí No

REFERENCIAS PERSONALES

Ponga tres

Nombre:	Dirección:	Teléfono #:
Nombre:	Dirección:	Teléfono #:
Nombre:	Dirección:	Teléfono #:

EDUCACION – ENTRENAMIENTO – EXPERIENCIA

Bachillerato Asistido:	Dirección:	¿Número de años completos?
Universidad u otro colegio asistido:	Dirección:	¿Número de años completos?

Muchos de nuestros empleados no hablan inglés. ¿Habla, escribe o entiende usted otros idiomas? Sí No

¿Qué idioma(s)?

Si usted está aplicando para una posición de oficina, haga una lista de equipo de oficina, programas de computadora, etc.:

Si usted está aplicando para una posición en el campo, haga una lista de habilidades de construcción y años de experiencia en cada una:	
¿Tiene usted alguna otra experiencia, entrenamiento, cualidades o habilidades que usted piensa lo hace mejor candidato para la posición a la que usted está aplicando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor explique:	
Conteste las siguientes preguntas si está aplicando para una posición profesional: ¿Está usted licenciado/certificado para el trabajo que aplica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la licencia/certificación: Estado emitida: Licencia/certificación número:	¿Ha sido su licencia/certificación revocada o suspendida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique la razón, fecha de revocación o suspensión y fecha de reintegración:
DECLARACION DE CESION Y AUTORIZACION	

_____ Iniciales Yo autorizo la obtención de mi reporte de consumidor por Campbell Concrete of Nevada, Inc. como parte de la investigación de pre-empleo. Si contratado, esta autorización permanecerá en mi expediente y servirá como autorización continua para que Campbell Concrete of Nevada, Inc. obtenga reportes de consumidor en cualquier momento durante mi período de empleo. En conexión con esta petición yo autorizo toda corporación, compañía, empresario previo, supervisores, agencias de crédito, instituciones de educación, agencias de refuerzo de leyes, ciudad, estado, condado y cortes federales, departamento de vehículos y motores, servicios militares y personas a dar información que ellos puedan tener acerca de mí a la persona o compañía con la que este formulario ha sido suscrito, o su agente, como asignado, suelta de toda responsabilidad a toda persona involucrada al hacer esto.

_____ Iniciales Yo tambien autorizo la obtención e investigación de un reporte de consumidor y entiendo que puede contener información acerca de mi crédito, modo de vida, carácter y reputación personal. Esta autorización, original o copia, será válida para este o futuros reportes que pueden ser pedidos. Yo entiendo que tengo el derecho de pedir información adicional de la naturaleza y profundidad de la investigación, al dar petición por escrito, dentro de un período de tiempo razonable.

_____ Iniciales Yo certifico que no he ocultado cualquier información que puede afectar negativamente mi oportunidad de empleo y que las respuestas dadas por mí son verdaderas y correctas en lo mejor de mi conocimiento. También certifico que yo, el aplicante abajo firmado, he llenado esta aplicación personalmente. Yo entiendo que cualquier omisión o falsedad de hechos en esta aplicación o en cualquier documento usado para obtener empleo será base para rechazo de esta aplicación o de despido inmediato si estoy empleado, sin importar el tiempo transcurrido antes del descubrimiento.

_____ Iniciales Yo entiendo que nada contenido en esta aplicación, o dicho durante la entrevista que se me puede otorgar o durante mi empleo, si contratado, es intencional para crear un contrato de empleo entre la compañía y yo. Adicionalmente, yo entiendo y estoy de acuerdo que si soy contratado, mi empleo no es por un período definido ni determinado y que puede terminar en cualquier momento, sin previo aviso, de la compañía o mio, y que ninguna promesa o representación en lo contrario a lo antes mencionado rigen a la compañía a menos que sean hechas por escrito y firmadas por mi y el representatnte designado por la compañía.

Firma del Apicante

Fecha

Imprima Nombre Completo

Número de Seguro Social

Lo siguiente debe completarlo cualquier persona que está en las fuerzas armadas:

Yo autorizo a National Personnel Records Center, St. Louis, Missouri, u otros custodiantes de mis datos militares a dar al agente, como asignado, información o fotocopias de mis datos militares y médicos relacionados, o solo los siguientes datos/información:

Servicio #: _____

Rama de Servicio: _____

De: _____ Hasta: _____