|  |
| --- |
| **Introductory Information** |
| Nombre: | Fecha: |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Zip: |
| Phono: | Email: |
| Contacto de emergencia nombre: | Contacto de emergencia número de teléfono: |
| **Applicant Questions** |
| Tipo de trabajo deseado: | Pago deseado: | Fecha disponible: |
| Si es contratado, ¿puede proporcionar los documentos necesarios para establecer su elegibilidad para trabajar en los EE. UU.? | Si | No |
| ¿Tienes 16 años o más? | Si | No |
| **Registro de empleo: enumere los puestos comenzando con los más recientes** |
| Empleador: | Telefono: |
| Dirección: |
| Título profesional: | Nombre del supervisor (a): |
| Fecha de entrada: | Fecha de Salida: |
| Razón para irse: |
| Empleador: | Telefono: |
| Dirección: |
| Título profesional: | Nombre del supervisor (a): |
| Fecha de entrada: | Fecha de Salida: |
| Razón para irse: |
| Empleador: | Telefono: |
| Dirección: |
| Título profesional: | Nombre del supervisor (a): |
| Fecha de entrada: | Fecha de Salida: |
| Razón para irse: |
| **Educación** |
| Escuela secundaria o último grado completado: Nombre y dirección de la escuela: |
| Curso de Estudio: | Número de años completados: |
| Colegio o escuela técnica: |
| Curso de Estudio: | Grado o diploma: | Número de años completados: |

|  |
| --- |
| **¿Necesita alguna acomodaciones especial para desempeñar el puesto que está solicitando?** |
|  |
| **Experencia Militar**  |
| Rama de servicio: | Servicio de rango / tipo: | Capacitación / experiencia relacionada con el trabajo: |
| **Referencias: *Enumere únicamente referencias laborales o profesionales (no amigos ni familiares)*** |
| Nombre | Relaicon | Empresa Telefono |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DECLARACIÓN (Por favor, lea atentamente esta declaración antes de firmar esta solicitud):

Ducted Comfort es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades de empleo. Nos adherimos a una política de tomar decisiones laborales sin importar raza, color, religión, sexo, origen nacional, ciudadanía, edad o discapacidad o cualquier otro estado protegido por la ley o regulación. Esta Compañía se esforzará por hacer ajustes razonables a las limitaciones físicas o mentales conocidas de un solicitante calificado con una discapacidad, a menos que los ajustes impongan dificultades indebidas en el funcionamiento del negocio.

Entiendo que el empleo con la Empresa es a voluntad, lo que significa que yo o la Empresa podemos rescindir mi empleo en cualquier momento o por cualquier motivo de conformidad con la ley estatal o federal aplicable.

Autorizo ​​a la Compañía a realizar una investigación de antecedentes de mi trabajo e historial personal, y verificar todos los datos proporcionados en esta solicitud y durante las entrevistas. Por la presente libero a la Organización, y a sus representantes o agentes, de cualquier responsabilidad que pudiera resultar de dicha investigación. Autorizo ​​a todas las personas, escuelas y empresas nombradas a proporcionar cualquier información solicitada y los libero de toda responsabilidad por proporcionar la información solicitada.

Entiendo que esta solicitud solo es válida para el puesto solicitado, si deseo ser considerado para un empleo futuro, debo presentar una nueva solicitud.

Certifico que todas las declaraciones en esta solicitud completa son verdaderas y entiendo que cualquier falsificación u omisión intencional será causa suficiente para el despido o la negativa a contratar.

Firma de Aplicante:

Firma de Fecha: