

COLMAC COIL MANUFACTURING, INC.
Aplicación de Empleo



Los solicitantes calificados reciben consideración para el empleo sin discriminación por motivos de sexo, estado civil, raza, color, credo, religión, origen nacional, edad, presencia de una discapacidad no relacionada con el trabajo o condición de discapacitado.

Proporcione toda la información solicitada escribiendo a máquina o a mano con tinta. Lea atentamente antes de firmar esta solicitud. Las declaraciones falsas en esta solicitud se considerarán causa suficiente para la no contratación.

INFORMACION DE LA APLICACION											
Apellido Paterno					Nombre			Inter		Fecha	
Domicilio /Calle							Apartamento/Casa #				
Ciudad				Estado			ZIP				
Teléfono				Correo Electrónico							
Fecha Disponibilidad				Sueldo Pretendido							
Posición para ocupar con esta aplicación											
¿Ha trabajado antes en esta compañía?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Respuesta SI, cuando trabajo?								
¿Está legalmente autorizado a trabajar en Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										Tiene más de 18 años? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Es capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo, con o sin ajustes razonables? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
EDUCACION/CAPACITACION		Nombre y ubicación de la escuela			Graduado?		Cursos Estudiados				
High School / Secundaria Y/O Preparatoria											
College/ Universidad											
Otro entrenamiento/capacitación (particularmente si obtuvo licencia o certificación)											
¿Está tomando o planea tomar alguna educación adicional? ¿Si es afirmativa, cual sería?											
Idiomas leídos, escritos o hablados con fluidez distintos del Español:											
DESTREZAS/HABILIDADES ESPECIALES (enumere todas las habilidades y equipos pertinentes que puede operar, incluidos pasatiempos e intereses relacionados)											

REFERENCIAS

Favor de enlistar tres referencias.

Nombre completo		Relacion		Años de conocerse	
Domicilio		Teléfono	()		
Nombre completo		Relacion		Años de conocerse	
Domicilio		Teléfono	()		
Nombre completo		Relacion		Años de conocerse	
Domicilio		Teléfono	()		

EMPLEO ANTERIOR O ACTUAL

Compañía					Teléfono	()
Domicilio					Supervisor			
Nombre del puesto								
Responsabilidades								
Fecha Inicio		Fecha Fin		Causa de la separación				
¿Podemos contactor a su antiguo supervisor como referencia?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compañía					Teléfono	()
Domicilio					Supervisor			
Nombre del puesto								
Responsabilidades								
Fecha inicio		Fecha fin		Causa de la separación				
¿Podemos contactor a su antiguo supervisor como referencia?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compañía					Teléfono	()
Domicilio					Supervisor			
Nombre del puesto								
Responsabilidades								
Fecha inicio		Fecha fin		Causa de la separación				
¿Podemos contactor a su antiguo supervisor como referencia?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento. Por lo tanto, libero a todas las personas o partes que proporcionen información en relación con esta solicitud de todos los reclamos, responsabilidades y daños que puedan surgir como parte de esta investigación. **Entiendo que la falsedad u omisión de los hechos aquí indicados será causa suficiente para cancelar la consideración de empleo o terminar la continuidad del empleo siempre que se descubran dichos hechos.**

Esta solicitud se conservará en un expediente activo durante el plazo de 1 año. Entiendo que esta solicitud no es válida sin mi firma.

Acepto participar en los diversos procedimientos y programas de pruebas que puedan ser necesarios para determinar mi idoneidad para el empleo, tales como: Pruebas ergonómicas (condición física), pruebas de detección de abuso de drogas y alcohol.

Si actualmente estoy empleado, acepto cumplir con las reglas de esta compañía y por la presente reconozco que dicho empleo puede terminarse en cualquier momento, con o sin causa, a mi elección o la de la compañía.

Firma					Fecha			
-------	--	--	--	--	-------	--	--	--

NO ESCRIBA EN LA LINEAS DE ABAJO**ACCION PERSONAL**

1. Entrevistado por:					Fecha			
2. Entrevistado por:					Fecha			
Fecha Contratación:		Posicion:		Salario:				
Comentarios:								