

Solicitud de Empleo

NOTA: Todos solicitantes aceptados para el empleo deben pasar un examen de droga como parte de nuestro proceso de empleo. Por favor tome en cuenta que todas las ofertas de empleo dependen de los resultados satisfactorios de la detección de drogas. Todos los solicitantes que son considerados para el empleo se les requiere firmar la Declaración en la última página de esta solicitud. Los solicitantes que se niegan a firmar la Declaración no serán considerados para el empleo. Esos solicitantes que salgan positivos en el uso de droga se les será negado empleo en HANOR por un (1) año.

Esta Compañía no discrimina al emplear, ni el empleo por raza, color, género, religión, incapacidad, nacionalidad, ciudadanía, ni por la edad con respecto a personas de 18 años ni mayores. Ninguna pregunta en esta aplicación esta intencionada para asegurar información para ser utilizada para tal discriminación. La prueba de su identidad y autorización de trabajo serán requeridas al empleársele de acuerdo a los reglamentos federales. Esta aplicación recibirá consideración de seis (6) meses. Si usted no ha oído de la Compañía dentro de seis meses y desea recibir consideración adicional para el empleo, será necesario completar otro formulario de solicitud.

DATOS PERSONALES

Numero del Seguro Social _____		Tienes usted o es mayor de 18 años? Si ___ No ___	
Nombre _____		Nombre _____	
(Apellido)	(Nombre)	(Segundo Nombre)	
Direccion _____		Direccion _____	
(Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)
Periodo de tiempo en esta dirección _____		Numero del Teléfono _____	

EMPLEO

Posición deseada _____		Salario deseado _____	
Tiempo completo	Medio tiempo	Temporal	Por temporada
Esta empleado ahora? ___		Si ese es el caso, puedo contactar a su empleador actual? ___	
Ha aplicado aquí antes? _____		Si sí, cuándo? _____	
Ha sido empleado aquí antes? _____		Si sí, cuándo? _____	
Esta usted disponible para trabajar cualquier día de la semana? _____			
Si no, qué días esta disponible? _____			
Fecha disponible para el trabajar? _____			
Actualmente tiene usted condenas pendientes? Si No			
Si sí, por favor proporcione la(s) fecha(s) y detalles _____			

(Responder si a esta pregunta no constituye un impedimento automático para el empleo)

DATOS DE EDUCACION

Encierre el año más Alto Completado						
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			1 2 3 4 5		1 2 3 4	
Primaria, Secundaria o Preparatoria			Colegio o Universidad		Cursos de posgrado	
Tipo de Escuela	Nombre de la Escuela	Ubicación	Título o Curso de Estudio	Se Graduó usted?		
Preparatoria						
Universidad						
Otro						

MILITAR

La rama de Servicio _____ Fecha de Servicio _____
Los deberes en el servicio, incluya las escuelas y entrenamientos: _____

HABILIDADES ESPECIALES

Que conocimientos, técnicas especiales o de computación, y/o otros títulos ha usted adquirido de otro empleo u otras experiencias? Incluya equipo específico que usted puede operar capazmente.

FAMILIARES EN NUESTRO EMPLEO

Nombre	Relación

HISTORIA DE TRABAJO

Período de Empleo (Mes/Año)	Nombre y Dirección de la Compañía	Posiciones obtenidas o deberes realizados	Sueldo
De: A:			Comienzo: \$ Final: \$
Supervisor inmediato y Título:			
Razón para Salir:			

Período de Empleo (Mes/Año)	Nombre y Dirección de la Compañía	Posiciones obtenidas o deberes realizados	Sueldo
De: A:			Comienzo: \$ Final: \$
Supervisor inmediato y Título:			
Razón para Salir:			

Período de Empleo (Mes/Año)	Nombre y Dirección de la Compañía	Posiciones obtenidas o deberes realizados	Sueldo
De: A:			Comienzo: \$ Final: \$
Supervisor inmediato y Título:			
Razón para Salir:			

Período de Empleo (Mes/Año)	Nombre y Dirección de la Compañía	Posiciones obtenidas o deberes realizados	Sueldo
De: A:			Comienzo: \$ Final: \$
El Supervisor inmediato y Titula:			
Razone para Salir:			

REFERENCIAS

Dé tres referencias que sean supervisores/administradores

Nombre	Compañía	Teléfono	Ciudad y Estado

DECLARACION

Autorizo la investigación de todas las declaraciones en esta solicitud. Comprendo que en caso de mi empleo por la empresa, será causa suficiente para el despido si cualquiera de la información que e dado es falsa. Comprendo que la prueba de identidad y autorización de trabajo serán requeridas al empleárseme de acuerdo a los reglamentos federales.

Comprendo y estoy de acuerdo que cualquier oferta de empleo que se me haga por The Hanor Company of Wisconsin, LLC esta condiciona a los resultados del examen de drogas que se arreglaran a cuenta de HANOR. Entiendo que si no llego a pasar la detección de drogas pre-empleo, seré descalificado(a) de una futura consideración de empleo con HANOR por un año. Entiendo y acepto que mi falta o rehúso al firmar esta declaración también me descalificara para una futura consideración de empleo con The Hanor Company of Wisconsin, LLC.

Firma _____

Fecha _____

Nombre _____
(escriba o imprima)