



Igualdad de Oportunidad

## APLICACIÓN PARA EMPLEO

### INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO Y NOMBRE			NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN PRESENTE	APTO.	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
DIRECCIÓN PERMANENTE	APTO.	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
¿TIENE 18 O MAS AÑOS? [ ] SI [ ] NO	TELEFONO/CORREO ELECTRÓNICO	RAZA [ ] HISPANO [ ] CAUCÁSICA [ ] AFROAMERICANO [ ] ASIÁTICO [ ] OTRO		VETERANO? [ ] SI [ ] NO

### EMPLEO DESEADO

POSICIÓN [ ] JANITOR [ ] ENSERADOR DE PISOS	DISPONIBLE PARA TRABAJAR [ ] DÍA [ ] NOCHE [ ] AMBOS	FECHA QUE PUEDE EMPEZAR
¿ESTÁ EMPLEADO AHORA? [ ] SI [ ] NO	¿PODEMOS CONTACTAR Á SU EMPLEADOR ACTUAL? [ ] SI [ ] NO	
¿HA TRABAJADO ANTES CON <b>PROFESSIONAL MAINTENANCE</b> ? [ ] SI [ ] NO	CUANDO	
RAZÓN PARA DEJAR EL PUESTO		
¿NOMBRE DE SU ÚLTIMO SUPERVISOR EN <b>PROFESSIONAL MAINTENANCE SYSTEMS</b> ?		
¿CÓMO SE ENTERO DE <b>PROFESSIONAL MAINTENANCE SYSTEMS</b> ? [ ] AGENCIA: _____ [ ] AMIGO/FAMILIA: _____ [ ] OTRO: _____		

### EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO

NIVEL DE ESCUELA	NOMBRE Y LOCACIÓN DE ESCUELA	NO. DE AÑOS ATENDIDA	SE GRADUÓ?
COLEGIO			[ ] SI [ ] NO
UNIVERSIDAD			[ ] SI [ ] NO
INDUSTRIA O PROFESIÓN			[ ] SI [ ] NO

### GENERAL

ENTRENAMIENTOS ESPECIALES
HABILIDADES ESPECIALES
OTROS

## HISTORIA DE TRABAJO

### PONGA ABAJO SUS ULTIMOS TRES EMPLEADORES EMPEZANDO CON LO MÁS RECIENTE

NOMBRE DEL PRESENTE OR MÁS RECIENTE EMPLEADOR					
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE EMPEZAR	FECHA DE DEJAR	PAGO FINAL	TITULO DEL PUESTO		
¿PODEMOS CONTACTAR Á SU SUPERVISOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR		TITULO		TELEFONO	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO					
RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO					

NOMBRE DEL EMPLEADOR ANTERIOR					
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE EMPEZAR	FECHA DE DEJAR	PAGO FINAL	TITULO DEL PUESTO		
¿PODEMOS CONTACTAR Á SU SUPERVISOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR		TITULO		TELEFONO	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO					
RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO					

NOMBRE DEL EMPLEADOR ANTERIOR					
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE EMPEZAR	FECHA DE DEJAR	PAGO FINAL	TITULO DEL PUESTO		
¿PODEMOS CONTACTAR Á SU SUPERVISOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR		TITULO		TELEFONO	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO					
RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO					

## REFERENCIAS

ABAJO, PONGA LOS NOMBRE DE TRES PERSONAS QUE NO SEAN PARIENTES, LAS CUALES LE HAN CONOCIDO POR AL MENOS UN AÑO.

	NOMBRE	TELEFONO	INDUSTRIA	AÑOS DE CONOCIMIENTO
1				
2				
3				

¿Habla Ingles?  SI  NO

¿Tiene alguna condición física que limite su habilidad de hacer el trabajo para que aplica?  SI  NO  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Le molesta el calor, levantar cosas pesadas o estar mucho tiempo de pie?  SI  NO  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene una licencia actual y válida para conducir?  SI  NO  
# de Licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración \_\_\_\_\_

¿Tiene medio de transporte?  SI  NO

¿Tiene alguna razón para estar preocupado sobre una investigación a fondo o entrevista investigativa de habilitación de seguridad?  
 SI  NO

LOS SOLICITANTES RECIBIRÁN CONSIDERACIÓN POR LAS POSICIONES, SIN PREOCUPACIÓN DE RAZA, COLOR, RELIGIÓN, EDAD, GÉNERO, EXCEPTO DONDE EL GÉNERO ES UNA CALIFICACIÓN OCUPACIONAL BONAFIDE, ORIENTACIÓN SEXUAL, ESTADO CIVIL, INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES E VETERANOS Y VETERANOS CON IGUALDAD DE DISCAPACIDAD DE LA ERA DE VIETNAM .

## AUTORIZACIÓN

YO DECLARO QUE LOS HECHOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON COMPLETAMENTE VERDADEROS EN MIS CONOCIMIENTOS. ENTIENDO QUE, SI PROFESSIONAL MAINTENANCE SYSTEMS ME OFRECE EMPLEO, DECLARACIONES FALSAS PODRÍAN JUSTIFICAR EL DESPIDO.

YO AUTORIZO QUE SE INVESTIGUE TODAS LAS DECLARACIONES EN REFERENCIA A ESTA APLICACIÓN Y PREVIOS TRABAJOS. YO DESLIGO Á LA COMPAÑÍA PMS DE LA RESPONSABILIDAD Y DAÑOS QUE OCURRAN AL UTILIZAR MI INFORMACIÓN.

ENTIENDO TAMBIÉN Y ACEPTO QUE NINGÚN REPRESENTANTE DE LA EMPRESA TIENE NINGUNA AUTORIDAD DE ENTRAR EN NINGUN ACUERDO SOBRE EMPLEO POR NINGUN PERIODO DE TIEMPO O DE HACER NINGUN ACUERDO CONTRARIO A LO ANTERIOR SIN QUE SEA ESCRITO Y FIRMADO POR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA EMPRESA.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha