

## Aplicación de Empleo

INFORMACION DEL APLICANTE										
Apellido					Nombre				Inicial	Fecha
Dirección								Apartamento/Unit #		
Ciudad				Estado				Código postal		
Teléfono				E-mail Address						
Fecha Disponible				Seguro Social No.				Salario Deseado		
Position Solicitada	Oficina <input type="checkbox"/> Operador de Montacargas (forklift driver) <input type="checkbox"/> Sorteadora <input type="checkbox"/> Bodega (warehouse) <input type="checkbox"/> QC, Food Safety <input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Bóxer (apilador de cajas) <input type="checkbox"/> Maint. Fab.(mantenimiento) <input type="checkbox"/> House Builder( constructor) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>									
Horario solicitado	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Overnight( Turno de Noche) <input type="checkbox"/>									
Esta usted Autorizado para trabajar en los Estado Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
Usted ha trabajado en esta compañía?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Si es así, Cuando?							
Si está empleado, ¿está dispuesto a someterse a una prueba aleatoria de drogas / alcohol? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
EDUCACION										
Preparatoria					Dirección					
De		Hasta		Usted se graduó?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diploma			
Universidad					Dirección					
De		Hasta		Usted se graduó?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diploma			
Otra					Dirección					
De		Hasta		Usted se graduó?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diploma			
REFERENCIAS PROFECIONALES										
<i>Por favor, anote tres referencias profesionales.</i>										
Nombre Completo					Relación con usted					
Compañía					Teléfono					
Dirección										
Nombre Completo					Relación con usted					
Compañía					Teléfono					
Dirección										
Nombre Completo					Relación con usted					
Compañía					Teléfono					
Dirección										

<b>EMPLEO ANTERIOR</b>		
Compañía:		Teléfono:
Dirección:		Supervisor:
Título de empleo:		
Responsabilidades:		
Desde:	Hasta:	Razón por la cual dejó el empleo?
Podemos contactar a su supervisor por referencias?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Compañía:		Teléfono:
Dirección:		Supervisor:
Título de empleo:		
Responsabilidades:		
Desde:	Hasta:	Razón por la cual dejó el empleo?
Podemos contactar a su supervisor por referencias?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Compañía:		Teléfono:
Dirección:		Supervisor:
Título de empleo:		
Responsabilidades:		
Desde:	Hasta:	Razón por la cual dejó el empleo?
Podemos contactar a su supervisor por referencias?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

<b>SERVICIO MILITAR</b>		
Rama:	Desde:	Hasta:
Rango al Retirarse:	Tipo de Retiro:	
Si no fue Honorable Explique:		

<b>RENUNCIA Y FIRMA</b>	
<p>Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender            Si esta solicitud conduce al empleo, entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista Puede resultar en mi terminación inmediata.</p>	
Firma	Fecha

QUESTIONARIO		
1. Es usted alérgico a cualquier producto con Nuez, Almendras, Pistachos, Anacardo, Macadamia, Avellanas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Si es empleado. Esta dispuesto a someterse a una prueba aleatoria de alcohol y drogas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Si es empleado, está dispuesto a someterse a un examen físico y de visión??	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Tiene transporte confiable para venir al trabajo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. Es usted capaz de permanecer parado durante largos periodos de tiempo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. Es usted capaz de permanecer sentado por largos periodos de tiempo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. Esta usted disponible para trabajar durante la noche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. Esta usted disponible para trabajar durante el día?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9. Es usted capaz de levantar 25 lbs.?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. Es usted capaz de trabajar en un ambiente con ruidos fuertes?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. Es usted capaz de comunicarse bien con los demás?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. Usted se considera una persona puntual?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13. Se marea o le dan nauseas de ver objetos moverse constantemente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
14. Puede diferenciar colores y tamaños de objetos pequeños?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
15. Puede usted trabajar en un entorno en condiciones de fabricación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<b>Como escucho usted de esta posición?</b>		
<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Empleado en la compañía	<input type="checkbox"/> Publicación Profesional
<input type="checkbox"/> Feria de Empleo	<input type="checkbox"/> Agencia de empleo	<input type="checkbox"/> Sitio Web
<input type="checkbox"/> Otro _____		

**Información Voluntaria**

*Esta información se solicita de acuerdo con las regulaciones federales. La información es voluntaria y no se utilizara al considerarle para el empleo con nuestra compañía.*

<b>Grupo étnico o racial.</b>		
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Black/African American
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> White/Caucasian	<input type="checkbox"/> Other

<b>Genero</b>	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino