

# APPLICATION FOR EMPLOYMENT SOLICITUD DE EMPLEO

EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER  
EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

## PERSONAL INFORMATION / INFORMACION PERSONAL

DATE / FECHA

LAST NAME, FIRST NAME – APELLIDO, NOMBRE		SOCIAL SECURITY NO. – NO DE SGURO SOCIAL	
PRESENT ADDRESS – DIRECCION ACTUAL	CITY - CIUDAD	STATE - ESTADO	ZIP CODE – CODIGO POSTAL
PHONE NO. - TELEFONO	REFERRED BY – RECOMENDADO POR		

## EMPLOYMENT DESIRED / EMPLEO DESEADO

POSITION - PUESTO	START DATE – FECHA DE INICIO	SALARY DESIRED – SALARIO DESEADO
ARE YOU EMPLOYED NOW ¿TRABAJA ACTUALMENTE? YES-SI NO	ARE YOU LEGALLY AUTHORIZED TO WORK IN THE U.S.A? ¿ESTA AUTORIZADO PARA TRABAJAR LEGALMENTE EN EE.UU.? YES-SI NO	
EVER APPLIED TO THIS COMPANY BEFORE? ¿HA APLICADO A ESTA COMPAÑÍA ANTES? YES-SI NO	WHERE? - ¿DONDE?	

## EDUCATION / EDUCACION

NAME & LOCATION OF SCHOOL / NOMBRE Y LUGAR DE LA ESCUELA	YEARS ATTENDED / AÑOS QUE ASISTIO	DID YOU GRADUATE / SE GRADUO?	SUBJECTS STUDIED / RAMOS ESTUDIADOS
HIGH SCHOOL / PREPARATORIA			
COLLEGE / UNIVERSIDAD			
TRADE, BUSINESS OR CORRESPONDENCE SCHOOL / ESCUELA DE OFICIOS O NEGOCIOS			

## GENERAL INFORMATION / INFORMACION GENERAL

SUBJECTS OF SPECIAL STUDY OR RESEARCH WORK / ESTUDIOS ESPECIALES O TRABAJOS DE INVESTIGACION	
SPECIAL TRAINING / CAPACITACION ESPECIAL	
SPECIAL SKILLS / APTITUDES ESPECIALES	
U.S. MILITARY SERVICE / SERVICIO MILITAR (EE.UU.)	RANK / RANGO

## WORK EXPERIENCE / EXPERIENCIA LABORAL BEGIN WITH MOST RECENT EMPLOYER / EMPIECE POR EL MAS RECIENTE

MONTH AND YEAR / MES Y AÑO	NAME & ADDRESS OF EMPLOYER / NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR	SALARY / SALARIO	POSITION / PUESTO	REASON FOR LEAVING / RAZON DE SALIDA
FROM / DESDE				
TO / HASTA				
FROM / DESDE				
TO / HASTA				
FROM / DESDE				
TO / HASTA				
FROM / DESDE				
TO / HASTA				

APPLICATION FOR EMPLOYMENT  
SOLICITUD DE EMPLEO

CONTINUED ON THE OTHER SIDE  
CONTINUA LA REVERSO

REFERENCES / REFERENCIAS

NAME / NOMBRE	PHONE / TELEFONO	BUSINESS / PROFESION	YEARS KNOWN / AÑOS DE CONOCER

AUTHORIZATION / AUTORIZACION

"I certify that the facts contained in this application are true a complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, falsified statements on this application shall be grounds for dismissal.

I authorize investigation of all statement contained herein and the references and employers listed above to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and release the company from all liability for any damage that may result from utilization of such information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period of time, or to make any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA), and other relevant federal and state laws"

"Certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos completos a mi leal saber y entender y que, si se emplean, las declaraciones falsificadas en esta solicitud serán motivo de desestimación.

Autorizo a que se investiguen todas las declaraciones contenidas en este documento y las referencias y empleadores mencionados anteriormente para proporcionarle toda la información relativa a mi empleo anterior y cualquier información pertinente que puedan tener, personal o de otro tipo, y liberar a la empresa de toda responsabilidad por cualquier daño que pueda ocasionar resultado de la utilización de dicha información.

También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía tiene autoridad para celebrar ningún acuerdo de empleo por un período de tiempo específico ni para hacer ningún acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito y esté firmado por un representante autorizado de la compañía. .

Esta exención no permite la divulgación o el uso de información médica o relacionada con la discapacidad de una manera prohibida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y otras leyes federales"

DATE / FECHA \_\_\_\_\_ SIGNATURE / FIRMA \_\_\_\_\_

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE  
NO ESCRIBA DEBAJOS DE ESTA LINEA

INTERVIEWED BY \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

REMARKS


HIRED	DIV	TITLE	REPORTS TO	SALARY / WAGE
-------	-----	-------	------------	---------------

APPROVED BY: