

Fecha: \_\_\_\_\_ Puesto Solicitado: \_\_\_\_\_

(Su empleo es conforme a la verificación que usted reúne requisitos legales mínimos de la edad y que le califican legalmente a trabajar en los Estados Unidos de América)

**PERSONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Nombre                      Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono De Emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EDUCACION**

Circule el último grado de estudios cursados 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

	Nombre de la Escuela	Ubicación	Años Cursados	Tipo de Certificado
<b>Preparatoria</b>				
<b>Universidad</b>				
<b>Negocios o Vocacional</b>				

Enumere las habilidades del trabajo adquiridas/los seminarios atendidos/cualquier entrenamiento de trabajos recibidos/las máquinas que usted puede funcionar, etc. y nivel de la habilidad.

Distinciones recibidas/ asociaciones profesionales / puestos desempeñados.

*(Si desea usted puede omitir aquella información que pudiera revelar su raza, color, religión, origen nacional, ascendencia, sexo o edad.)*

**EXPEDIENTE DE EMPLEO**

Enumere por favor todas las posiciones del empleo previo, comenzando con el presente o más actual. Use por favor todos los espacios en blanco.

**El Empleo Reciente**

Nombre de la Empresa:		Dirección:	
Teléfono:		Supervisor Pasado:	
Título Del Trabajo:		Fechas de Empleo, del: _____ al: _____	
Salario Inicial:	Per _____	Salario Final:	per _____
Funciones específicas:			
Motivo de separación:			

**Empleo Anterior**

Nombre de la Empresa:		Dirección:	
Teléfono:		Supervisor Pasado:	
Título Del Trabajo:		Fechas de Empleo, del:	al:
Salario Inicial:	Per	Salario Final:	per
Funciones específicas:			
Motivo de separación:			

**Empleo Anterior**

Nombre de la Empresa:		Dirección:	
Teléfono:		Supervisor Pasado:	
Título Del Trabajo:		Fechas de Empleo, del:	al:
Salario Inicial:	Per	Salario Final:	Per
Funciones específicas:			
Motivo de separación:			

**Empleo Anterior**

Nombre de la Empresa:		Dirección:	
Teléfono:		Supervisor Pasado:	
Título Del Trabajo:		Fechas de Empleo, del:	al:
Salario Inicial:	Per	Salario Final:	Per
Funciones específicas:			
Motivo de separación:			

**MISCELÁNEO**

SÍ	NO	
		La verificación de su derecho legal para trabajar en los Estados Unidos será requerida después del empleo. ¿Usted podrá proveer tal verificación?
		¿Ha sido empleado anteriormente en las granjas de Mountainview Mushrooms?
		¿Ha aplicado anteriormente a las granjas de Mountainview Mushrooms?
		¿Está usted en un despido o con al posibilidad de retirar con otro patrón?
		¿Si es así, qué compañía?
		¿Cuándo termina el retiro?

SÍ	NO	
		¿Le han condenado por un crimen, suprimido o sellado por una corte?
		¿Alguna vez ha sido, disciplinado de una compañía anterior por violar reglas de trabajo?
		¿Alguna vez ha sido terminado de un trabajo anterior?
Si usted contestó sí a cualesquiera de las tres preguntas pasadas, explique por favor en el espacio proporcionado abajo.		

SÍ	NO	
		¿Está usted disponible para el trabajo a tiempo completo?
		¿Está usted interesado en el empleo temporal?
		¿Está usted dispuesto a trabajar más que 8 horas al día si el trabajo lo requiere?
		Mountainview Mushrooms funcionan los turnos del día y de noche, siete días a la semana. ¿Está usted disponible para el trabajo en cualquier momento?
Incluya información relativa relacionada con el nombre, apódelo, y nombre asumido, para permitir un cheque en su trabajo.		

**LA INFORMACIÓN Adicional**

Cualquiera información adicional que nos ayudaría a evaluar sus calificaciones para una posición en la granja de Mountainview Mushrooms, el espacio adicional proporcionado abajo está para su uso en explicar su respuesta a preguntas previamente hechas y en describir sus capacidades e intereses relacionados trabajo de la carrera.

Certifico que la información contenida en esta aplicación es verdad al mejor de mi conocimiento, y estoy de acuerdo tener cualesquiera de las declaraciones comprobadas por Mountainview Mushrooms a menos que haya indicado por el contrario. Autorizo las referencias enumeradas arriba para proporcionar las setas de Mountainview y toda la información referente a mi empleo anterior y cualquier información pertinente que puedan tener. Más entiendo que cualquiera mala representación, falsificación, u omisión de la información puede resultar en la falta de recibir una oferta o, si me emplean, a mi despido del empleo.

En la consideración de mi empleo, me conformaría con las reglas, las políticas y los estándares de Mountainview Mushrooms. Adjunto y convengo que mi empleo y remuneración se pueden terminar en la voluntad, con o sin causa, y con o sin el aviso, en cualquier momento, en mi opción o en la opción de la compañía. Entiendo que ningún empleado o representante de la compañía con excepción al presidente de la compañía tiene cualquiera autoridad a entrar en cualquier acuerdo para el empleo para cualquier período del tiempo especificado o para hacer cualquier acuerdo contrario al precedente. Además, el presidente de la compañía no puede alterar la relación del empleo a menos que (el/ella)lo haga en escrito. También entiendo que todas las ofertas del empleo están condicionadas en la disposición de la prueba satisfactoria de la identidad y de la autoridad legal de trabajar en los Estados Unidos de América.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Mountainview Mushrooms, LLC, se ha comprometido a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a los candidatos ya los empleados sin distinción de raza, religión, credo, edad, sexo, altura, peso, estado civil, discapacidad no guarda relación con una persona la capacidad para realizar adecuadamente, origen nacional nacionalidad, ascendencia, o cualquier otra característica protegida por la ley.

**An Equal Opportunity Affirmative Action Employer M / FN / H**  
Mountainview Mushrooms, LLC

**PETICIÓN PARA INFORMACIÓN VOLUNTARIA DE LA ACION AFIRMATIVA**

El gobierno federal requiere que metamos ciertas formas para la acción afirmativa. El compartir la información siguiente es voluntaria y nos ayudará cumplir el requisito federal. Esta porción de la aplicación será separada y la información que contiene no será utilizada en tomar decisiones del empleo.

Nombre Completo	Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<b>SEXO</b>	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
<b>RAZA</b>	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico o Asiático
	<input type="checkbox"/> Nativo Americano or Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano
		<input type="checkbox"/> Blanco
<b>IMPEDIMENTO FISICO</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si es Sí, Explique	<input type="checkbox"/> Espalda
		<input type="checkbox"/> Cabeza
		<input type="checkbox"/> Miembro
		<input type="checkbox"/> Otro
<b>VETERANO</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si es Sí,	<input type="checkbox"/> 2a Guerra Mundial
		<input type="checkbox"/> Vietnam
		<input type="checkbox"/> Corea
		<input type="checkbox"/> Otro
<b>VETERANO INCAPACITADO</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Explique	

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\*\*\* NOTA: Esta información se requiere para la Comisión de Igualdad de Empleo The Office of Federal Compliance of Department of Labor, y los planes para el progreso. Esta aplicación será mantenida por la oficina del personal por la Sección VII 709 (c), del acto de las Derechos Civiles de 1964.