

SHOCKEY

THE PARTNER OF CHOICE

Posición solicitada _____

Fecha _____

IMPRIMA NOMBRE COMPLETO

(Last) (First)

Número de Seguro Social

DIRECCIÓN ACTUAL _____

Número de teléfono

(City) (State) (Zip Code)

Número de teléfono adicional

¿Es usted elegible para trabajar en Estados Unidos? SI NO

¿Tiene ud. 18 años o más? Si No

¿Está dispuesto a trabajar tiempo extra? _____

Salario Mínimo Esperado? _____

¿Ha trabajado con las Compañías Shockey antes? _____

EDUCACIÓN

Circule el ultimo año de escuela completado: 8 9 10 11 12 Colegio o Especial: 13 14 15 16 Graduado: 17 18 19
Curso tomado

NOMBRE DE ESCUELA SUPERIOR _____

NOMBRE DE COLEGIO _____

Vocacional -
Preparatoria

OTRO Negocios _____

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas de E. U.? _____ Rama _____ Rango _____ Día de eparación _____

Yo entiendo que nada incluido en esta solicitud de empleo tiene la intención de crear un contrato de empleo entre SHOCKEY y yo para empleo o beneficios. No hay promesas hechas hacia mi. Si una relación de empleo es establecida, yo entiendo que mi empleo será deseado y que yo o SHOCKEY tiene el derecho a terminar mi empleo en cualquier momento. Yo entiendo que solo el Presidente de SHOCKEY está autorizado a nmendar mi estado de empleo.

Firma X _____

HISTORIAL DE EMPLEO:

COMIENCE CON SU PRESENTE O MÁS RECIENTE EMPLEO Y ENUMERE LOS ÚLTIMOS CINCO EMPLEOS EN ORDEN DE REVERSA

PRESENTE O ÚLTIMO EMPLEO ↓

DIRECCIÓN:

(No.) (Street) (City) (State) (Zip)

Desde	Hasta	Responsabilidades/Equipo Operado	Salario	Razón Para Dejarlo

COMPAÑÍA

DIRECCIÓN:

(No.) (Street) (City) (State) (Zip)

Desde	Hasta	Responsabilidades/Equipo Operado	Salario	Razón Para Dejarlo

HISTORIAL DE EMPLEO CONT.

COMPAÑÍA

DIRECCIÓN:

(No.) (Street) (City) (State) (Zip)

Desde	Hasta	Responsabilidades/Equipo Operado	Salario	Razón Para Dejarlo

COMPAÑÍA

DIRECCIÓN:

(No.) (Street) (City) (State) (Zip)

Desde	Hasta	Responsabilidades/Equipo Operado	Salario	Razón Para Dejarlo

COMPAÑÍA

DIRECCIÓN:

(No.) (Street) (City) (State) (Zip)

Desde	Hasta	Responsabilidades/Equipo Operado	Salario	Razón Para Dejarlo

EN CASO DE UNA

EMERGENCIA, NOTIFIQUE: Nombre: _____ **Relación** _____ **#Teléfono** _____

Yo entiendo que el procesamiento de esta solicitud de empleo requiere tiempo y recursos de la compañía. Yo además entiendo que la compañía. no procesará esta solicitud si no tengo interés genuino en esta compañía en el momento en que se presente la solicitud. Así que, yo aquí certifico que estoy genuinamente interesado y sinceramente interesado en empleo con esta compañía y que mi solicitud se presenta de buena fé e interés genuino con esta compañía.

Yo aquí consiento a un examen de drogas. Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier omisión o falsificación de este expediente puede ser causa de descualificación de mi solicitud o terminación.

Fecha _____ Firma del Solicitante _____

En el completar y presentar esta solicitud, yo entiendo y estoy de acuerdo : (1) Que cualquier información falsa será suficiente razón para el retiro inmediato de esta solicitud, o en caso de empleo, se considerará causa para despido. (2) Que mis empleos previos pueden ser contactados para información concerniente a mi empleo, carácter, habilidad y pericia. (3) Que ninguna pregunta en esta solicitud ha sido contestada de manera que revele mi sexo, raza, color, religión, edad, impedimento u origen étnico. Yo además entiendo que no seré un empleado a tiempo completo hasta que haya completado satisfactoriamente el periodo de prueba de empleo.

Es la política de SHOCKEY el considerar todos los solicitantes con igualdad sin importar la raza, color, credo, descendencia, origen nacional, religión, sexo, edad, estado de veterano, estado marital, impedimento u otro estado legalmente protegido. Esta compañía proveerá plazas razonables para los que de otra manera son cualificados como individuos con impedimentos.

Esto certifica que esta solicitud fue completada por mi y que toda la información es cierta y completa para lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante _____ Fecha de Firma _____

REFERENCIAS DE CARÁCTER:

Nombre	Dirección	Ocupación

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR:

NO COMPLETE A MENOS QUE EMPLEO ES OFRECIDO Y ACEPTADO, EMPLEO ENTONCES CONDICIONAL HASTA QUE SE COMPLETE UN EXAMEN DE DROGAS SATISFACTORIO.

Yo he tomado la siguiente prescripción o drogas sin receta durante los pasados 30 días. (Por favor haga una lista de **TODAS** drogas o indique ninguna.