

SOLICITUD DE EMPLEO

Spring Valley Farms es un empleador de igualdad de oportunidades. Esta solicitud no se utilizará para limitar o excluir a ninguna persona que solicite empleo sobre las bases prohibidas por leyes locales, estatales o federales.

Por favor a continuación complete todas las secciones, a menos que se le indique lo contrario:

FECHA

--

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre Completo:	
Dirección:	
Ciudad:	
Estado:	
Código Postal:	
Número de teléfono de casa:	
Número de teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:	

PUESTO DE TRABAJO

Puesto solicitado:	
Empleo deseado: <i>Tiempo complete Medio tiempo Temporal</i>	
Sueldo deseado:	
Fecha disponible:	

LICENCIA DE CONDUCIR

Cuenta con una licencia de conducir? Si No

Cuenta con una licencia de conducir comercial (CDL, por sus iniciales en inglés)? Si No

Numero de la licencia:	
Confirmación de la licencia comercial (CDL):	

INFORMACION PERSONAL

Alguna vez ha trabajado ó solicitado empleo en Spring Valley Farms? Si No

Si la respuesta es sí, indique cuando:

--

Tiene algún familiar ó conocido que trabaje en Spring Valley Farms? Si No

Si la respuesta es sí, Mencione el nombre y su relación con ésta persona:

--

Tiene usted 18 años ó más? Si No

Es usted ciudadano americano ó tiene autorización para trabajar en U.S.? Si No

Daríá usted su consentimiento para un examen obligatorio de substancias controladas si es requerido para el puesto que usted solicita? Si No

OTROS

Como se entero de este empleo (internet, periódico, radio, por algún conocido, etc.)?

--

ESCOLARIDAD Y ENTRENAMIENTO

Preparatoria

Nombre	Ubicación (Ciudad, Estado)	Graduado

Universidad

Nombre	Ubicación (Ciudad, Estado)	# de años asistidos	Título obtenido

Escuela vocacional/Entrenamiento especializado

Nombre	Ubicación (Ciudad, Estado)	# de años asistidos	Título obtenido

Utilice el recuadro de abajo para resumir cualquier información adicional que describa todas sus habilidades y aptitudes específicamente para el puesto que usted está solicitando ó proporcione su currículum si así lo desea.

--

Es usted miembro del Servicio Armado?

Si

No

HISTORIAL DE EMPLEO

Si usted está solicitando empleo como transportista de carga comercial, por favor omita llenar esta sección.

Nombre del Empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Cargo y deberes:	
Fechas en las que trabajo:	
Nombre del supervisor:	
Razones por las que dejó el empleo:	

Nombre del Empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Cargo y deberes:	
Fechas en las que trabajo:	
Nombre del supervisor:	
Razones por las que dejó el empleo:	

Podemos comunicarnos con sus empleadores anteriores? Si No

Si la respuesta es no, cual es el que usted no desea que contactemos y por qué:

--

REFERENCIAS

Mencione dos profesionistas ó voluntarios que nos proporcionen referencias suyas, que no sean familiares:

Nombre	Número de teléfono	Compañía	Puesto

Autorizo a Spring Valley Farms para que realice una investigación de toda la información contenida en ésta solicitud de empleo y libero de toda responsabilidad a todas las compañías y corporaciones que proporcionen dicha información. Entiendo que cualquier respuesta, declaración ó información falsa dada por mí en esta solicitud ú otro documento requerido, será considerado una causa suficiente para la negación del empleo ó despido. Específicamente autorizo y me dirijo a mi(s) empleador(es) actual(es) y anterior(es) para que proporcionen información relacionada con mi empleo a Spring Valley Farms y por miedo de la presente los libero de toda responsabilidad al que proporcione dicha información. Al finalizar mi empleo por cualquier motivo con Spring Valley Farms los libero de toda responsabilidad por proporcionar cualquier información concerniente a mi empleo a cualquier posible empleador. De ser necesario autorizo a Spring Valley Farms obtener un reporte de conducir y cualquier otro reporte de investigación considerado necesario a través de terceros. De acuerdo a lo requerido por ley y previamente solicitado dentro de un período razonable, se me notificará el motivo de tales investigaciones y el resultado de éstas. Por medio de la presente estoy de acuerdo a someterme a cualquier examen de drogas requerido, ya sea antes de ser empleado de Spring Valley Farms ó en cualquier momento posterior a. De ser necesario ó requerido me someteré a un examen médico después de aceptar la oferta de trabajo ó durante mi tiempo de empleo en caso de recibir tratamiento médico por cualquier condición ya sea física, psicológica, emocional ó psiquiátrica que esté relacionada con el trabajo. Por medio de la presente autorizo la entrega y el intercambio limitado de dicha información médica relacionada con mi condición entre la persona que me de el tratamiento y el medico que me asigne la compañía.

Además entiendo que ésto es solo una solicitud de empleo y que no se me ha ofrecido aun un contrato de trabajo. Entiendo que si soy contratado, dicho empleo es por tiempo indefinido y Spring Valley Farms puede cambiar los salarios, beneficios y las condiciones en cualquier momento. Mi empleo es por voluntad propia. Ninguna persona de Spring Valley Farms tiene autorización de cambiar el estado de empleo por voluntad propia, excepto alguien del personal administrativo y esto tendrá que ser por escrito. He leído y acepto lo anterior.

FIRMA

FECHA

SOLICITUD COMPLEMENTARIA PARA CONDUCTORES DE CAMIONES COMERCIALES

Complete esta sección únicamente si está solicitando empleo como conductor de un camión comercial.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social	

Requerido por el reglamento 391.21 del E-CFR

Si ha vivido por menos de tres años en la dirección proporcionada en la primer página, utilice el recuadro de abajo para hacer una lista de previas direcciones por los últimos 3 años:

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Fechas

LICENCIAS O PERMISOS ACTIVOS PARA CONDUCIR VEHICULOS

Estado que la emitió	Numero de Licencia	Fecha de Expiracion

Alguna vez le han negado alguna licencia de conducir, suspendido, revocado o cancelado por alguna entidad que las emita?

Si No

Si su respuesta es sí, mención en que estado y por qué:

--

EXPERIENCIA

Tipo de vehiculo	Tipo de caja	Fechas	Millas (aproximadas)

ACCIDENTES EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS

A estado en algún tipo de accidente vehicular en los últimos tres años?

Si No

Si su respuesta fue sí, por favor complete la información que se le solicita a continuación:

Fecha del accidente:	
Descripción:	
Muertos / Víctimas:	
Heridas / Lesiones:	

Fecha del accidente:	
Descripción:	
Muertos / Víctimas:	
Heridas / Lesiones:	

Fecha del accidente:	
Descripción:	
Muertos / Víctimas:	
Heridas / Lesiones:	

VIOLACIONES DE TRAFICO EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS

Ha tenido alguna violación de tráfico en los últimos 3 años?

Sí No

Si su respuesta es sí, por favor proporcione la siguiente información:

Fecha de la infracción	Tipo de falta o violación	Estado en el que se cometió la violación	Vehículo comercial? [Si or No]

HISTORIAL DE EMPLEO EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS (Tome en cuenta las fechas que no trabajo entre un empleador y otro)

Nombre del empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Fechas de empleo (De – a):	
Nombre del Supervisor:	
Razón por la que dejo el empleo:	

Estuvo usted sometido a las regulaciones federales de seguridad auto transportistas durante este periodo?

Sí No

Estuvo usted sometido al Código de Regulaciones Federales 49 fracción 40 de sustancias controladas y alcohol durante este periodo?

Sí No

Nombre del empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Fechas de empleo (De – a):	
Nombre del Supervisor:	
Razón por la que dejó el empleo:	

Estuvo usted sometido a las regulaciones federales de seguridad auto transportistas durante este periodo?

Sí No

Estuvo usted sometido al Código de Regulaciones Federales 49 fracción 40 de sustancias controladas y alcohol durante este periodo?

Sí No

Nombre del empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Fechas de empleo (De – a):	
Nombre del Supervisor:	
Razón por la que dejó el empleo:	

Estuvo usted sometido a las regulaciones federales de seguridad auto transportistas durante este periodo?

Sí No

Estuvo usted sometido al Código de Regulaciones Federales 49 fracción 40 de sustancias controladas y alcohol durante este periodo?

Sí No

Nombre del empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Fechas de empleo (De – a):	
Nombre del Supervisor:	
Razón por la que dejó el empleo:	

Estuvo usted sometido a las regulaciones federales de seguridad auto transportistas durante este periodo?

Si No

Estuvo usted sometido al Código de Regulaciones Federales 49 fracción 40 de sustancias controladas y alcohol durante este periodo?

Si No

Nombre del empleador:	
Dirección, ciudad, estado, código postal:	
Teléfono:	
Fechas de empleo (De – a):	
Nombre del Supervisor:	
Razón por la que dejó el empleo:	

Estuvo usted sometido a las regulaciones federales de seguridad auto transportistas durante este periodo?

Si No

Estuvo usted sometido al Código de Regulaciones Federales 49 fracción 40 de sustancias controladas y alcohol durante este periodo?

Si No

Para los choferes que estén solicitando empleo que requieran una licencia de conducir comercial (CDL, por sus iniciales en español) el candidato deberá decir el estado en el que se encuentra respecto a esa substancia controlada y alcohol de acuerdo con lo estipulado en Código de Regulaciones Federales 49, fracción 40.25 (j).

Como un posible empleado para conducir vehículos comerciales, usted tiene el derecho de revisar la información proporcionada por empleadores anteriores. Tiene el derecho a tener errores en la información corregida por empleadores anteriores y que esos previos empleadores la reenvíen corregida al posible empleador nuevo; tiene el derecho de refutar por medio de una declaración adjunta a la supuesta información errónea, en caso de que el empleador anterior y el posible empleado para conducir vehículos comerciales no puedan ponerse de acuerdo en la verdad de la información.

Para los candidatos a ser empleados como choferes de vehículos comerciales que hayan estado regulados previamente por el Departamento de Transporte en los tres años anteriores y deseen revisar la información proporcionada por previos empleadores, deberán presentar por escrito una petición al posible empleador, esto puede ser solicitado en cualquier momento, ya sea al momento de solicitar el empleo o hasta 30 días después de haber sido contratado, también al momento de haber recibido una negación de empleo. El posible empleador deberá proporcionar esta información al solicitante dentro de los siguientes 5 días hábiles de haber recibido la petición por escrito. Si el posible empleador no ha recibido la información por parte del empleador anterior, entonces los 5 días hábiles comenzaran a contar a partir de que el posible empleador reciba el reporte con la información de antecedentes de rendimiento de seguridad. En caso de que el posible empleado como chofer de vehículos comerciales no haga arreglos para recoger dicho reporte dentro de los siguientes 30 días de que el posible empleador haya recibido el reporte, se considerara que el posible empleado renunció al derecho de tener esos registros y revisarlos.

CERTIFICACION

“Esto certifica que esta solicitud fue realizada y terminada por mi y que todo la información contenida en ella es verdadera y realizada con lo mejor de mi conocimiento.”

FIRMA

FECHE

