



Para solicitar el empleo, por favor complete la aplicacion que sigue. Porfavor coloque el raton sobre el area que usted esta terminando y simplemente llene la informacion. Cuando usted ha terminado la aplicacion imprimala, y despues enviela por telefax **1-800-471-9762**. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Recursos Humanos **1-800-479-5203**.

# SOLICITUD DE EMPLEO

(CUESTIONARIO DE PRE-EMPLEO) (UN EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES)

<b>INFORMACION PERSONAL</b>		<b>FECHA:</b> _____ <b>NUMERO DE SEGURO SOCIAL:</b> _____ / _____ / _____						
<b>NOMBRE:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">APELLIDO</td> <td style="width: 33%; border: none;">PRIMER NOMBRE</td> <td style="width: 33%; border: none;">SEGUNDO NOMBRE</td> </tr> </table>					APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE						
<b>DIRECCION PRESENTE:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">CALLE</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">CIUDAD</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">ESTADO</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">ZONA POSTAL</td> </tr> </table>					CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL					
<b>DIRECCION PERMANENTE:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">CALLE</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">CIUDAD</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">ESTADO</td> <td style="width: 16.5%; border: none;">ZONA POSTAL</td> </tr> </table>					CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL					
<b>NUMERO DE TEL:</b> _____		<b>ES USTED MAYOR DE 18 ANOS?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
<b>ESTA USTED PREVENIDO DE SER CONTRATADO LEGALMENTE EN ESTE PAIS POR SU ESTADO MIGRATORIO O VISA?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
<b>EMPLEO DESEADO</b>								
<b>POSICION:</b> _____		<b>FECHA EN QUE USTED PUEDE EMPEZAR:</b> _____		<b>SALARIO DESEADO: \$</b> _____				
<b>ACTUALMENTE ESTA USTED TRABAJANDO?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<b>SI ESTA, PODRIAMOS INFORMAR SOBRE SU PRESENTE EMPLEO?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
<b>ANTERIORMENTE USTED A SOLICITADO EMPLEO EN ESTA COMPAÑIA?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>DONDE?</b> _____ <b>CUANDO?</b> _____								
<b>RECOMENDADO POR:</b> _____								
<b>EDUCACION</b>	<b>NONBRE Y SITIO DE ESCUELA</b> _____	<b>NUM. DE AÑOS ATENDIDOS</b> _____	<b>ESTA USTED GRADUADO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>CURSOS ESTUDIADOS</b> _____				
ESCUELA PRIMARIA	_____	_____	_____	_____				
ESCUELA SECUNDARIA	_____	_____	_____	_____				
UNIVERSIDAD	_____	_____	_____	_____				
ENTRENAMIENTO TECNICO	_____	_____	_____	_____				

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

<b>GENERAL</b>	
<b>CURSOS DE ESTUDIO ESPECIALIZADOS:</b> _____	
<b>HABILIDADES ESPECIALES:</b> _____	
<b>ACTIVIDADES: (CIVILES, ATLETICAS, ETC.)</b> _____	
NO INCLUYA NOMBRES DE ORGANIZACIONES LAS CUALES INDIQUEN LA RAZA, CREDO, SEXO, EDAD, ESTADO MARITAL, COLOR OF NACION DE ORIGEN, DE SUS MIEMBROS.	
<b>U.S. MILITAR O SERVICIO NAVAL:</b> _____	<b>RANGO:</b> _____
<b>MEMBRESIA PRESENTE EN LAS RESERVAS DE LA GUARDIA NACIONAL:</b> _____	

\* ESTA FORMA HA SIDO REVISADA PARA QUE CUMPLA CON LAS PROVICIONES DEL ACTA DE AMERICANOS CON DESABILIDADES Y LAS ULTIMAS REGULACIONES Y LAS GUIAS INTERPRETATIVAS PROMULGADAS POR EL EEOC EL 26 DE JULIO DE 1991.\*

**HISTORIA DE EMPLEO**

(LISTE ABAJO LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS, EMPEZANDO CON EL ULTIMO PRIMERO).

FECHA MES Y AÑO	NOMBRE Y DIRECCION DE COMPAÑIA	SALARIO	POSICION	RAZON POR LA CUAL LO DEJO
/				
/				
/				

CUAL DE ESTOS TRABAJOS LE GUSTO MAS?

QUE ES LO QUE MAS LE GUSTO DE ESTE TRABAJO?

**REFERENCIAS**

DE LOS NOMBRES DE TRES PERSONAS NO RELACIONADAS CON USTED, LAS CUALES A CONOCIDO POR LO MENOS UN AÑO.

NOMBRE	DIRECCION	OCUPACION	AÑOS CONOCIDO
1.			
2.			
3.			

EL SIGUIENTE ESTATUTO APLICA EN: MARYLAND & MASSACHUSETTS. (PONGA EL NOMBRE DEL ESTADO) ES CONTRA LA LEY EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_ REQUERIR O ADMINISTRAR UNA PRUEBA CON UN DETECTOR DE MENTIRAS COMO CONDICION DE CONTRATO PARA EMPLEO O LA CONTINUACION DE ESTE MISMO. EL EMPLEADOR QUE VIOLE ESTA LEY DEBERA SER SUJETO A PENALIDAD CRIMINAL Y LEABILIDAD CIVIL.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

EN CASO DE  
EMERGENCIA NOTIFIQUE:

NOMBRE

DIRECCION

NUMERO DE TELEFONO

“YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION PROVEIDA POR MI EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA. YO ENTIENDO QUE SI ALGUNA INFORMACION FALSA, MALINTERPRETACION O OMISION SON DESCUBIERTAS MI SOLICITUD VA A SER RECHAZADA, Y SI YA HE SIDO CONTRATADO MI EMPLEO PODRIA SER TERMINADO EN CUALQUIER MOMENTO.

EN CONSIDERACION DE MI EMPLEO YO ESTOY DE ACUERDO CONFORME A LAS REGLAS Y REGULACIONES DE LA COMPANIA. TAMBIEN ESTOY DE ACUERDO QUE MI EMPLEO Y COMPENSACIONES PUEDEN SER TERMINADOS CON O SIN CAUSA, CON Y SIN AVISO EN CUALQUIER MOMENTO, TANTO CON LA OPCION MIA O DE LA COMPANIA. TAMBIEN ENTEIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE LOS TERMINOS Y LAS CONDICIONES DE MI EMPLEO PODRIAN SER CAMBIADOS CON O SIN CAUSA, CON O SIN AVISO EN CUALQUIER MOMENTO POR LA COMPANIA. YO ENTIENDO QUE NINGUN REPRESENTANTE DE LA COMPANIA OTRO QUE NO SEA EL PRESIDENTE, Y AUN SOLO CUANDO ESTE ESCRITO Y FIRMADO POR EL, TIENE ALGUNA AUTORIDAD DE ENTRAR EN NINGUN ACUERDO DE EMPLEO POR UN PERIODO DE ESPECIFICO, O HACER ALGUN ACUERDO CONTRARIO A LO AQUI YA DESCRITO.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Ha sido alguna vez culpable de un crimen? \_\_\_\_\_ ( Si la respuesta es si, explique cual) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( un crimen no necesariamente lo descalificara para empleo)

**Registro de Conductor:**

Numero de Licencia del Conductor: \_\_\_\_\_

Cantidad total de infracciones y citaciones durante los tres años: \_\_\_\_\_

**PORFAVOR LEEA ESTA SOLICITUD DE PRE-EMPLEO ANTES DE FIRMAR:**

Yo certifico que las respuestas dadas son correctas y completas a lo mejor de mi conocimiento. Usted esta autorizado para investigar mi credito y registro de conductor y todos los informes relativos que estan en esta solicitud para empleo, como es necesario en llegar a una decisión de empleo. En el evento de empleo, yo entiendo que cualquier información falsa o engaño dada en mi solicitud; elegibilidad de empleo, verificación o entrevistas resultaran en descarga. Yo tambien entiendo, que sere requerido a quedar por todas las reglas y regulaciones de la Compañia y en consideración de mi empleo, yo estoy de acuerdo de conformar alas reglas y regulaciones de la Compañia. Yo ademas entiendo que mi empleo y compensación puede ser terminada con o sin causa, o con y sin noticia, ha cualquier tiempo, a la opción de uno u otro de la Compañia o yo mismo. Yo sere requerido a proveer prueba de autorización de trabajo y identidad como requerida por la Ley Federal. Separado esta una declaración de Poliza de Droga.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Smith-Sterling Laboratories apoya defensores y da fuerza a no drogas en el ambiente. Nosotros creemos en empleados que tienen respeto por ellos mismos y por otros a su alrededor, y concluir que esto es solo posible cuando las drogas estan ausente del lugar de trabajo. Cualquier uso o posesión de sustancias ilegales en el terreno es termino para terminación inmediato. Yo reconosco esta poliza y decidi a contribuir y promulgare en esta declaración de empleos por Smith-Sterling Laboratories.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha