

Para Uso en Oficina
Empleado #

Solicitud de Empleo

Patrona de Igualdad de Oportunidad

LITTLE
RED
WASP

Información Personal						
Apellido	Nombre		Segundo Nombre		Fecha	
Dirección		Apt.	Ciudad		Estado	Zona Postal
Teléfono de Casa		Teléfono de Celular			Núm. Seguro Social	

Empleo Querido									
Puesto Empleo	¿Cuántas horas quiere?	¿Y a ha aplicado aquí antes?			¿Cuándo?				
Fecha disponible para trabajar	Disponibilidad-Por favor escoger AM/PM		Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
¿Es usted menor de 21? Si lo es por favor de incluir su fecha de nacimiento		¿Ha sido Ud., en cualquier ocasión, convicto de un delito mayor? Si la respuesta es afirmativa, explique							

Educación				
	Nombre y localidad	Numero de Años	Graduación	Campo de especialización
Escuela Secundaria			Sí / No	
Universidad			Sí / No	
Otra				

Previos Empleos (los más recientes primero)				
Comenzar	Terminar	Nombre y localidad	Teléfono	Puesto
Sueldo Com.	Sueldo Term	El Motivo por el cual dejo el trabajo	¿Pudiéramos contactar? Sí No	Supervisor
Comenzar	Terminar	Nombre y localidad	Teléfono	Puesto
Sueldo Com.	Sueldo Term	El Motivo por el cual dejo el trabajo	¿Pudiéramos contactar? Sí No	Supervisor
Comenzar	Terminar	Nombre y localidad	Teléfono	Puesto
Sueldo Com.	Sueldo Term	El Motivo por el cual dejo el trabajo	¿Pudiéramos contactar? Sí No	Supervisor

OVER

Referencias de Empleo

Nombre	Título	Teléfono	Quantos Años

Autorización

Yo certifico que la información que contiene esta aplicación es correcta. Comprendo que si algún empleado de Little Red Wasp (LRW) da información falsificada en esta aplicación estará expuesto a expulsión del trabajo.

Yo autorizo LRW que se comunice con mis pasados empleadores, escuela, oficiales y toda persona que ofrecí como referencia. Yo lanzo de toda responsabilidad a estos individuales o compañías si al proveer información resultara en perjudicacion.

Incluso comprendo y estoy de acuerdo, que ningún representante de LRW esta autorizado para asegurar empleo permanente ni por algun periodo especifico. Ningún acuerdo será valido si no es en escrito y firmado por un representante autorizado por LRW.

Yo estoy conforme y de acuerdo a seguir las reglas y regulaciones de LRW. Entiendo y estoy consiente que mi empleo con LRW pudiera resultar en terminación de empleo en cualquier momento y por cualquier causa o razón, por la compañía o por decisión propia.

Entiendo que seré requerido a trabajar horas extras (overtime) si LRW lo considere necesario, incluyendo días y horarios no normalmente trabajados. Al ser empleado por LRW, entiendo y estoy de acuerdo que pudiera ser despedido en cualquier momento y sin ningún beneficio, continuación de salario o compensación.

Este acuerdo no permite usar información medica en una manera no permitida por el Americans with Disabilities Act (ADA).

Firma _____

Fecha _____

