



Michael J. Neal Viticultural Services, Inc.
 1025 Dowdell Lane, St. Helena, CA 94574
 707-963-4955

Solicitud De Empleo

EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL TRABAJO

DATOS PERSONALES

FECHA: / /

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)		NÚM. DE TELÉFONO	
DOMICILIO ACTUAL			
DOMICILIO PERMANENTE			
NÚM. DE SEGURO SOCIAL		RECOMENDADO POR Nro. de Licencia de Manejar?	

PUESTO QUE LE INTERESA

NOMBRE DEL PUESTO		SALARIO/SUELDO DESEADO	FECHA EN QUE PUEDE EMPEZAR
¿TRABAJA ACTUALMENTE?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SE APLICA ¿PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON SU EMPLEADOR ACTUAL?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		NOMBRE _____ NÚM. DE TELÉFONO _____	
¿HABIA PRESENTADO UNA SOLICITUD EN ESTA COMPAÑIA ANTES? Y SI ASÍ ES, ¿CUÁNDO?			

EDUCACIÓN

	NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA ESCUELA	FECHAS	¿SE GRADUÓ? (SI SE APLICA)	MATERIAS (SI SE APLICA)
EDUCACIÓN SECUNDARIA				
UNIVERSIDAD				
ESCUELA O ESCUELAS COMERCIALES, VOCACIONALES O POR CORRESPONDENCIA				

INTERESES ESPECIALES

SERVICIO MILITAR O NAVAL DE EE.UU.	
HABILIDADES Y/O CAPACITACIÓN	
ESTUDIOS ESPECIALES O PASATIEMPOS	

ANTECEDENTES LABORALES

FECHA MES Y AÑO	NOMBRE Y DOMICILIO DEL EMPLEADORES	SALARIO FINAL	PUESTO DESEMPEÑADO	MOTIVO POR EL QUE DEJÓ EL EMPLEO
DE				
A				
DE				
A				
DE				
A				

Cuestionario Previo a La Contratación

EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL TRABAJO

REFERENCIAS ANOTE ENSEGUIDA LOS NOMBRES DE TRES PERSONAS CON QUIENES NO TENGA PARENTESCO Y QUE TENGA UN MÍNIMO DE 1 AÑO DE CONOCERLAS NOMBRE

NOMBRE	DOMICILIO Y NUMERÓ DE TELÉFONO	TIPO DE EMPRESA	AÑOS DE CONOCER

AUTORIZACIÓN

“Certifico que la información que he dado en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y entiendo que incluir una o más declaraciones falsas en la misma es motivo suficiente para el despido.

Autorizo a que se investiguen todas las declaraciones en la presente, además de las referencias y los empleadores que se mencionan en este documento con el fin de que le entreguen toda la información relativa a mi empleo previo y todos los datos pertinentes, personales o de otra índole, que pudiesen tener. Exonero asimismo a la empresa de toda responsabilidad por cualquier daño o perjuicio que pudiese resultar como consecuencia del uso de dicha información.

También entiendo y estoy de acuerdo en que ningún representante de la compañía tiene autoridad para celebrar ningún contrato de empleo por un período determinado ni de ejecutar ningún contrato en contraposición a lo anterior, excepto si se hace por escrito y lo firma un representante autorizado de la empresa.

Con la presente autorización no se permite divulgar ni utilizar información relativa a incapacidades o cuestiones médicas de una manera que prohíban tanto la ley de americanos discapacitados (ada) como otras leyes federales y estatales pertinentes.”

FECHA _____ FIRMA _____

ENTREVISTADOR _____ FECHA _____

NO ESCRIBAR DEBAJO DE ESTA LÍNEA

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR

HABILIDADES	FECHA DE CONTRATACIÓN	SUELDO INICIAL
	FECHA DE TERMINACIÓN DEL EMPLEO	SUELDO FINAL