

SOLICITUD DE EMPLEO O PRACTICAS

Es la política Vision Recycling, Inc. para considerar los solicitantes de todas las posiciones sin importar raza, color, religión, credo, género, origen nacional, edad, discapacidad, estado civil o de veterano, o cualquier otra característica protegida.

FECHA DE APLICACION: / /

INFORMACION PERSONAL:

Apellido		Nombre		Segundo Nombre (inicial)		¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro _____	
Dirección actual:				Ciudad		Estado	Código Postal
Dirección Anterior (si tiene menos de 12 meses)				Ciudad		Estado	Código Postal
Numero de Teléfono de la casa			Numero de Teléfono celular			¿Alguna vez antes ha aplicado a Vision Recycling? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuando?	
Posición actual abierta para el que usted está solicitando:				Fecha disponible:		¿Está usted disponible para trabajar? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Parte Tiempo <input type="checkbox"/> Temporario	
Alquien de DCL lo recomiendo para esta posición?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre:			
Esta trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO		Si es así, podemos contactar a su empleador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si usted es menor de 18 años de edad, le puede proporcionar las pruebas necesarias de elegibilidad para trabajar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Esta usted autorizado para trabajar legalmente en los Estados Unidos? (Prueba de ciudadanía o estatus migratoria sera requerido en el empleo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Es usted capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo para el cual usted está solicitando, ya sea con / sin acomodo razonable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - por favor explique: _____						Se somete a una verificación de antecedentes como parte del proceso de empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN

Nombre & Direccion de Escuela / Locacione		Marque el ultimo año que asistio en la escuela?	Se graduó?	Título o Certificado
Escuela Secundaria		<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Colegio		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuela de Postgrado		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otra (Especifique)				
Describa cualquier entrenamiento especializado, habilidades de aprendizaje, certificaciones, y actividades extra-curriculares				
Describa cualquier entrenamiento relacionado con su trabajo que recibio en el Ejercito del Estados Unidos.				

REFERENCIAS PROFESIONALES Lista a tres personas, no relacionada con usted, que lo han conocido a lo menos un año.

Nombre	Direccion (Ciudad/Estado)	Telefono de Trabajo / Casa	Posicion	Anos de Conocerse

EXPERENCIA DE TRABAJO (Lista a los ultimo cuatro empleadores, comenzando con el mas reciente)

De Mes	De Año	Hasta Mes	Hasta Año	Compania	Numero de Tefono ()	Supervisor inmediato

		Direccion		
Titulo del Trabajo				La razón por irse
Responsabilidades:				
De Mes Ano	Hasta Mes Ano	Compania	Numero de Tefono ()	Supervisor inmediato
		Direccion		
Titulo del Trabajo				La razón por irse
Responsabilidades:				
De Mes Ano	Hasta Mes Ano	Compania	Numero de Tefono ()	Supervisor inmediato
		Direccion		
Titulo del Trabajo				La razón por irse
Responsabilidades:				
De Mes Ano	Hasta Mes Ano	Compania	Numero de Tefono ()	Supervisor inmediato
		Direccion		
Titulo del Trabajo				La razón por irse
Responsabilidades:				
De Mes Ano	Hasta Mes Ano	Compania	Numero de Tefono ()	Supervisor inmediato
		Direccion		
Titulo del Trabajo				La razón por irse
Responsabilidades:				

AUTHORIZACION Y COMPRESION – Por favor revise y firme donde se indica.

Yo certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderas y completas a todos efectos prácticos. Se puede ser verificada por la Compañía. Si una posición se ofrecerá y más tarde se comprueba que la información es significativamente falsa, incompleta o engañosa entiendo y estoy de acuerdo que la Compañía se libera de todos los compromisos, financieros o de otro modo pertinentes para el empleo, y que estoy sujeto al despido inmediata sin recurso.

Esta renuncia no permite la publicación o uso de información relacionada con la discapacidad o médica en forma prohibida por la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) y otras leyes federales y estatales pertinentes.

Yo entiendo y acepto que si me ofrecen el trabajo, Vision Recycling, Inc. es un empleador "A VOLUNTAD", lo que significa que mi empleo puede ser terminado, con o sin causa, y con o sin previo aviso, en cualquier momento, en la opción de la Compañía o de mí mismo. No hay una duración garantizada de empleo para cualquier empleado. Del mismo modo, toda representación por cualquier agente o empleado de Vision Recycling, Inc. por el contrario no está autorizado o obligatoria para Vision Recycling, Inc. salvo que por escrito y firmado por el Presidente de Vision Recycling, Inc.

Cualquier acuerdo verbal que me ha comunicado cualquier empleado o funcionario de Vision Recycling, Inc. será nulo a menos que este por escrito y firmado por el Presidente de Vision Recycling, Inc.

Fecha de publicación:

Por la presente autorizo a cualquier empleador antes de proporcionar dicha información acerca de mi historial laboral o de cualquier información que haya sobre mi historial de empleo y autorizar dichos empleados para suministrar, a petición en cualquier momento, con cualquier información que tengan sobre mi carácter, capacidad, rendimiento en el trabajo y razones para dejarel empleo. Voy a hacer que los empleadores éstos y la sociedad inofensiva para esos reveladores.

Descargo:

Yo autorizo a cualquier empleador pasado de proporcionar dicha información acerca de mi historial laboral o de cualquier información que haya sobre mi historial de empleo y autorizo dichos empleados para proporcionarle, a petición en cualquier momento, con cualquier información que tengan sobre mi carácter, capacidad, rendimiento en el trabajo y razones para dejar el empleo. Yo descargo a los empleadores y las Compañías de cualquier obligación de danos causados en el proveo de esta información.

He leído y entiendo estas condiciones de empleo.	▶ Firma del Solicitante	Fecha Preparada
---	-------------------------	-----------------

Uso de Oficina Normas	<input type="checkbox"/> Referido al Departamento _____ <input type="checkbox"/> Prueba de la Droga completa <input type="checkbox"/> Verificación de Antecedentes completa <input type="checkbox"/> Referencias Revisadas <input type="checkbox"/> No Calificado para Posición <input type="checkbox"/> Recomiendo el Empleo <input type="checkbox"/> Mantenga para Oportunidad en el Futuro
	Fecha _____ Entrevistado por _____

PRE-APLICACION DEL CUESTIONARIO

1. Cuál es su nombre legal completo (letra de molde)?

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

2. Nos puede dar hoy dos formas de identificación? SI NO
(licencia de conducir valida, tarjeta de seguro social o certiifcado de nacimiento)
3. Podemos contactarlo por telefono? SI NO
4. Tiene transportacion segura todo los dias? SI NO
5. Está usted dispuesto a tomar una prueba de drogas de acuerdo a nuestra política? SI NO
6. Esta dispuesto a liberar sus antecedentes penales, si es aplicable? SI NO
7. Está usted dispuesto a someterse a un examen físico, si es necesario? SI NO
8. Qué trabajo o trabajos que están solicitando en este momento?

9. En cuál de las siguientes localidades está dispuesto a trabajar (marque todas localidades)?

Este de la Bahia Sur de la Bahia Norte de la Bahia Península

FIRMA DEL SOLICITANTE PROSPECTIVA

FECHA

CUESTIONARIO DE ESENCIALES DEL FUNCIÓN DE TRABAJO

Los siguientes cuadros señalados de requisitos físicos son algunas de las funciones esenciales básicos (con o sin ajustes razonables) de la mayoría de las asignaciones de los puestos de trabajo.

Usted debe ser capaz de realizar las funciones o tareas que se indican. Por favor, compruebe la respuesta adecuada al lado de las funciones o tareas que se aplican a muchas de sus tareas posibles.

FUNCIONES DE TRABAJO INICIALES

Las siguientes preguntas señalados se aplican a las funciones esenciales de su trabajo solicitado (s). Por favor marque la respuesta apropiada sólo las preguntas marcadas:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Párado durante largos períodos de tiempo. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Levante y/o carga 15 lb. o mas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Levante y/o carga 50 lb. o mas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Use el equipo de seguridad apropiado según sea necesario. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Trabajar cerca de partes mecánicas en movimiento. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en todo tipo de condiciones climáticas. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en ambientes ruidosos fuerte, mientras que utilizar protección auditiva. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Subir las escaleras con cargas. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Tiene usted alguna condición o ha sufrido alguna lesión que tendría un efecto sobre su capacidad para desempeñar las funciones de esta posición, con o sin adaptaciones razonables?

- SI NO

EVALUACIÓN DE DROGAS Y AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Vision Recycling, Inc. se esfuerza por mantener un ambiente de trabajo libre de drogas. Por lo tanto, imponer una estricta política de no DROGAS. TODOS LOS EMPLEADOS deben adherirse a esta política. No cumplir dará lugar a la terminación inmediata.

Debido a la naturaleza de asignaciones de various trabajos, si se le ofrece empleo en Vision Recycling, Inc., un exámen de drogas será requerido como parte de su oferta de trabajo, antes de poder empezar a trabajar. Por otra parte, es la política de Vision Recycling, Inc. para exigir una prueba de drogas cada vez que ocurre un accidente en el lugar de trabajo o lesión.

DETECCIÓN DE DROGAS AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Si se le ofrece empleo, Vision Recycling, Inc., por la presente autorizo y doy permiso para que Vision Recycling, Inc. y / o su representante médico que envíe una muestra de mi orina y / o de la sangre a un laboratorio designado de la elección de mi empleador con el propósito de llevar a cabo una prueba de detección para determinar la presencia de drogas ilegales, alcohol y / o medicamentos recetado que se toma sin receta médica.

Entiendo que mi solicitud y / o empleo será terminado si no cumplo con los requisitos de mi empleador de detección de drogas y de las políticas antes mencionadas. Además, entiendo que mi empleo potencial puede ser terminado debido a los resultados de esta investigación de la droga.

También estoy de acuerdo para mantener todas las partes interesadas inofensiva (no iniciar una demanda) para cualquier supuesto daño debido a la terminación de mi empleo, derivada de estas condiciones con subtítulos.

ENTIENDO VISION RECYCLING, INC. SE REQUIERE UNA PANTALLA DE MEDICAMENTOS PARA ASIGNACIONES DETERMINADO PARA CIERTO TRABAJO Y SIEMPRE REQUERIRÁN UNA PRUEBA DE DROGAS CADA VEZ QUE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO O LA LESIÓN ES NOTIFICADO DE ACUERDO CON ESTA AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO.

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DE SOLICITANTE

FECHA