REFERENCES / REFERENCIAS

GIVE BELOW THE NAMES OF THREE PERSONS NOT RELATED TO YOU, WHOM YOU HAVE KNOWN AT LEAST ONE YEAR.
DÉ EL NOMBRE DE TRES PERSONAS QUE NO SEAN SUS PARIENTES, Y A QUIENES CONOZCA AL MENOS UN AÑO

NAME / NOMBRE	PHONE / TELÉFONO	BUSINESS / PROFESION	YEARS KNOWN A—OS QUE LO CONOCE

AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN

"I certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, fa sified statements on this application shall be grounds for dismissal.

I authorize investigation of all statements contained herein and the references and employers listed above to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and release the company from all liability for any damage that may result from utilization of such information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period of time, or to make any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws."

"Certifico que los datos contenidos en esta solicitud son a mi mejor saber y entender verdaderos y completos, y entiendo que si me emplean, las declaraciones falsas contenidas en esta solicitud serán causal de despido.

Autorizo que se indaguen todos los datos, las referencias y los empleadores contenidos en esta solicitud, con el fin de recabar información relativa a mis empleos anteriores, y toda la información pertinente, personal o de cualquier otro tipo, que los mismos pudieran aportar, y libero a la compañía de cualquier responsabilidad por cualquier daño que pudiera resultar por la utilización de dicha información.

También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía está facultado para hacer un contrato por algún período determinado, ni para hacer un contrato contrario a lo precedente, a menos que el mismo sea por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía.

Esta denegación no permite la divulgacion ni el uso de información médica o relacionada con discapacidades, tal como lo establece la ADA (Ley de Estadounidenses con Discapacidades) y otras leyes federales y estatales pertinentes."

DATE / FECHA _____ SIGNATURE / FIRMA _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

INTERVIEWED BY _____ DATE _____

REMARKS

HIRED	FOR DEPT.	POSITION	WILL REPORT	SALARY WAGES

APPROVED: 1. _____ 2. _____ 3. _____
EMPLOYMENT MANAGER — DEPARTMENT HEAD — GENERAL MANAGER