

ANTECEDENTE LABORAL:

NOMBRE DE LA COMPANIA: _____ **TELEFONO ()** _____

Dirección _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

SUPERVISOR: _____ **NOS PERMITE CONTACTARLO?** ___Y ___N

PAGO POR HORA \$ _____ **FECHA DE EMPLEO: DE:** _____ **A :** _____

PUESTO DE TRABAJO Y DEBERES _____

RAZON POR HABER DEJADO ESE TRABAJO _____

NOMBRE DE LA COMPANIA: _____ **TELEFONO ()** _____

DIRECCIÓN _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

SUPERVISOR: _____ **NOS PERMITE CONTACTARLO?** ___Y ___N

PAGO POR HORA \$ _____ **FECHA DE EMPLEO: DE:** _____ **A :** _____

PUESTO DE TRABAJO Y DEBERES _____

RAZON POR HABER DEJADO ESE TRABAJO _____

DECLARACION DE EMPLEO DE ANTE MANO (Por favor lea las declaraciones a continuación antes de firmar.)

Yo certifico que la información que he dado en esta solicitudes cierta, precisa y completa de acuerdo a mi mayor conocimiento.

Comprendo que cualquier información falsa, mal representado u omisión de mi voluntad propia podrá prevenir mi aceptación de empleo, o si soy empleado, causara la terminación de mi empleo.

Comprendo que esta solicitud y los archivos adjunta a ella serán propiedad de DuCross quien reserva el derecho de aceptar o rechazarlo.

Autorizo a la compañía y/o su agente a proceder una investigación de mi antecedente laboral para determinar mi aceptación de empleo, y doy libertad de responsabilidad a toda persona que dé o reciba cualquiera de esta información.

Si soy aceptado como empleado, daré información sobre mi antecedente medico y de mi salud.

Comprendo que el empleo con DuCross es "Empleo -En-Propia-Voluntad";y esto significa que DuCross o yo podre discontinuar mi empleo en cualquier momento, con o sin aviso o causa.

Estoy de acuerdo en observar todas las reglas, regulaciones y políticas de DuCross.

He leído y comprendo toda esta información, incluyendo la sección del "Empleador de igualdad de Oportunidades de Empleo" y el "Aviso a los Solicitantes."

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA