



Información de Apicante

Fecha _____ Puesto que Solicita: Owner/Op Contract Driver

Nombre _____

Numero de Teléfono() _____ Contacto de Emergencia() _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

(La Ley de Discriminación Laboral por Edad de 1967 prohíbe la discriminación basada en la edad con respecto a las personas que tienen al menos 40 años, pero menos de 70 años.)

Fecha de Vencimiento de Examen Físico _____

Dirección actual y anterior de los últimos 3 años:

De _____ A _____
De _____ A _____
De _____ A _____

¿Has trabajado para esta empresa antes? _____ Si _____ No

Si, si entonces dar fechas: De _____ A _____

¿La Razón por irse? _____

Historia de Educación:

Por favor circule el grado más alto completado: Escuela Secundaria: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Universidad: 1 2 3 4 Post Graduado: 1 2 3 4

Historia de Empleo:

Proporcione un REGISTRO COMPLETO de todo el empleo de los últimos tres (3) años, incluidos los períodos de desempleo o trabajo por cuenta propia, y toda la experiencia de manejo comercial de los últimos diez (10) años.

Mes/Año Mes/Año Empleo Actual o Anterior

De _____ A _____ Nombre _____

Cargo que Ocupa/o _____ Dirección _____

Razon por irse _____ Numero de la Compania () _____

¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No

¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Mes/Año Mes/Año Empleo Actual o Anterior

De _____ A _____ Nombre _____

Cargo que Ocupa/o _____ Dirección _____

Razon por irse _____ Numero de la Compania () _____

¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No

¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Mes/Ano Mes/Ano Empleo Actual o Anterior
De _____ A _____ Nombre _____
Cargo que Ocupa/o _____ Direccion _____
Razón por irse _____ Numero de la Compañía () _____
¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No
¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Mes/Ano Mes/Ano Empleo Actual o Anterior
De _____ A _____ Nombre _____
Cargo que Ocupa/o _____ Direccion _____
Razón por irse _____ Numero de la Compañía () _____
¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No
¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Mes/Ano Mes/Ano Empleo Actual o Anterior
De _____ A _____ Nombre _____
Cargo que Ocupa/o _____ Direccion _____
Razón por irse _____ Numero de la Compañía () _____
¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No
¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Mes/Ano Mes/Ano Empleo Actual o Anterior
De _____ A _____ Nombre _____
Cargo que Ocupa/o _____ Direccion _____
Razón por irse _____ Numero de la Compañía () _____
¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No
¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Mes/Ano Mes/Ano Empleo Actual o Anterior
De _____ A _____ Nombre _____
Cargo que Ocupa/o _____ Direccion _____
Razón por irse _____ Numero de la Compañía () _____
¿Estuvo sujeto a los FMCSR mientras estaba empleado aquí? _____ Si _____ No
¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en algún modo regulado por DOT sujeto a los requisitos de prueba de Drogas y Alcohol de 49 CFR Parte 40? _____ Si _____ No

Experiencia de Manejo

Tipo de Equipo	De Mes/Año	A Mes/Año	Aproximadamente numero de milas
Straight Truck			
Tractor & Semi Trailer Flatbed			
Tractor & Box Van or Reefer			
Tractor & Tanker Pneumatic			
Other			

Enumerar los estados operados en los últimos cinco (5) anos: _____

Enumerar los cursos especiales / capacitación completada (PTD / DDC, HAZMAT, ETC)

Enumerar los premios de conducción segura que posee y de quien los recibió:

Registro de accidentes de los últimos tres (3) años: (adjunte una hoja si necesita más espacio):

Fecha De Accidente	Naturaleza de Accidente	Ubicación de Accidente	Número de Personas Muertos	Número de Personas Heridas

Convicciones de tráfico y confiscaciones por los últimos tres (3) años (que no sean infracciones de estacionamiento):

Fecha	Ubicación	Cargo	Multa

Licencia de conducir (enumere cada licencia de conducir en los últimos tres (3) años:

Estado	Licencia	Tipo de Licencia	Aprobación	Fecha de Vencimiento

¿Alguna vez le han negado una licencia, permiso o privilegio para operar un vehículo motorizado? ____Si____ No

¿Alguna licencia, permiso o privilegio ha sido suspendido o revocado? ____Si____ No

¿Hay alguna razón por la que no pueda realizar las funciones del trabajo para el que ha solicitado (como se describe en la descripción del trabajo)? ____Si____ No

¿Alguna vez has sido condenado por un delito grave? ____Si____ No

Si las respuestas a alguna de las preguntas enumeradas anteriormente son "sí", brinde detalles

Referencias Laborales

Haga una lista de tres (3) personas para referencias, además de miembros de la familia, que tengan conocimiento de sus hábitos de seguridad.

Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____

Cualquier otra cosa que debamos saber, por favor deje una respuesta:

Para ser leído y firmado por el solicitante: se acuerda y se entiende que cualquier tergiversación dada en la solicitud se considerará un acto de deshonestidad,

Se acuerda y se entiende que el auto transportista o sus agentes pueden investigar los antecedentes del solicitante para obtener toda la información de interés para el registro del solicitante, ya sea que sea de registro o no, y el solicitante exime a los empleadores y a la persona nombrada aquí de toda responsabilidad por cualquier daños a causa de su suministro de dicha información.

También se acordó y entendió que, de conformidad con la Ley de Informes de Crédito Justos, Ley Pública 91-508, se me ha dicho que esta investigación puede incluir un Informe del Consumidor investigador, que incluya información sobre mi carácter, reputación general, características personales y modo de vida.

Acepto proporcionar dicha información adicional y completar los exámenes que se requieran para completar mi archivo de solicitud.

Se acuerda y se entiende que esta Aplicación de ninguna manera obliga al auto transportista a emplear o contratar al solicitante.

Se acuerda y se entiende que, si califico y me contratan, puedo estar en un período de prueba durante el cual puedo ser descalificado sin recurso.

Esto certifica que completé esta solicitud, y que todas las entradas en ella y la información que contiene son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma de Aplicante: _____ Fecha: _____

Observaciones: (solo para uso de oficina)
