

APLICACION DE EMPLEO

*Solamente las aplicaciones que estén completas (adelante y atrás) se consideraran.

*De acuerdo con la ley, MD Property Services, Inc. verifica todos los números de seguro social.

Si usted no tiene un numero de seguro legal, por favor no aplique!!

DATOS PERSONALES

FECHA _____

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)		NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCION		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	QUIEN LO RECOMENDO?	

QUE PUESTO LE INTERESA?	SALARIO DESEADO	FECHA QUE PUEDE EMPEZAR
ESCRIBA LA EXPERIENCIA QUE TIENE RELACIONADA CON NUESTRO TRABAJO QUE ES EL MANTENIMIENTO DE PROPIEDADES.		
TIENE LICENCIA VALIDA DE MANEJAR? SI NO	UD PUEDE TRABAJAR LEGALMENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS?	
NUMERO: ESTADO:	SI NO	

EDUCACIÓN

	NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA ESCUELA	FECHAS	¿SE GRADUÓ?	MATERIAS
EDUCACIÓN SECUNDARIA				
UNIVERSIDAD O ESCUELA TÉCNICA				

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	AÑOS DE CONOCER

TRABAJOS ANTERIORES (EMPIEZE CON EL MAS RECIENTE)

FECHAS QUE TRABAJO	NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPANIA	SALARIO FINAL	PUESTO DESEMPEÑADO	MOTIVO POR EL QUE DEJO EL EMPLEO
DE:				
A:				
DE:				
A:				
DE:				
A:				
DE:				
A:				

AUTORIZACIÓN

“Certifico que la información que he dado en esta solicitud es verdadera y completa a mi real saber y entender, **y** entiendo que incluir una o mas 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 **asímismo** 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 periodo 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 prohiban tanto la ley de americanos discapacitados (ada) como otras leyes federales y estatales pertinentes.”

FECHA _____ **FIRMA x** _____