

APLICACION PARA EMPLEO

Prime Snax



1750 South 500 West, Suite 700
 Salt Lake City, UT 84115
 801-977-0742 Fax 801-977-0743
www.primesnax.com

Fecha _____

"Si tiene preguntas con la application contacte a Prime Snax."

Informacion Personal

Nombre _____	Seguro Social _____ - _____ - _____
Domicilio _____	Suida _____ Estado _____ Co Postal _____
Numero Casa () _____	Cellular () _____
E-mail Address: _____	Referido Por _____

Position Desiada

Posición _____	Fecha para Empezar ____ / ____ / ____	Salario Desiado _____
Lenguages Verbal _____	Lenguages Escrito _____	
Esta Empleado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Podemos Contactar Emplador <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Education

	Nombre Y Ubicación	Anos Asistido	Se Graduo	Subjectos Estudiados
Educación				
Primaria				
Colegio				

Historia De Empleo

Liste El Ultimo Empleador Primero				
Fecha Mes Y ANO	Nombre Y Dirección De Empleador	Salario	Posición	Rason De Termino De Trabajo
From _____				
To _____				
Responsabilida _____				Supervisor
From _____				
To _____				
Responsabilida _____				Supervisor
From _____				
To _____				
Responsabilida _____				Supervisor
From _____				
To _____				
Responsabilida _____				Supervisor
From _____				
To _____				
Responsabilida _____				Supervisor

Referencia

Liste tres nombres abajo que no tenga relacion a usted que conoce por un ano.			
Nombre	Direction	Trabajo	Numero

Authorization

"Yo certifique que los detalles contenidos en esta aplicacion son verdaderos y completos a la mejor de mi memoria y entendido que si soy empleado, y estos testimonios en esta aplicacion son falsificados esta sera motivo para el despido.

Yo autoriso investigacion de estos testamonios y documentos contenido o presentado en esto y las referencias y empladores que se han listados para darle cualquier y toda la informacion con respecto a mi empleo anterior y informacion pertinente que pueden tener, personal o de otro modo y solatr la compania de toda la obligacion de cualquier dano que puede resultar de la utilizacion de tal informacion.

Yo también comprendo y concuerdo que ningún representante de la compañía tiene cualquier autoridad para entrar en cualquier acuerdo para el empleo para cualquier espacio de tiempo especificado, ni para hacer cualquier acuerdo al contrario del precedente, a menos que esté por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía.

Esta renuncia no permite que la liberación ni el uso de información incapacidad-relacionado ni médica en una manera prohibida por la Acta de norteamericanos con Incapacidades (ADA) y otro pertinente federal y las leyes del estado".

Fecha ____ / ____ / ____ Firma _____

NO ESCRIBA ABAJO

Uso De Oficina

REMARKS			

NEATNESS		CHARACTER			
PERSONALITY		ABILITY			
HIRED	/ /	DEPARTMENT	POSITION	WAGE RATE	
START DATE	/ /				
APPROVED: DEPARTMENT HEAD			MANAGEMENT		