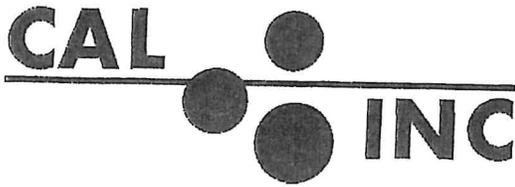


Date Received _____

Time Received _____

Received by _____


CALINC
 ESTABLISHED 1979

 ENVIRONMENTAL
TRAINING CONSULTING


Aplicación de empleo

Servicios de reducción, pintura y entrenamiento / consultoría

CAL INC y CALINC TRAINING son Empresas de Oportunidades Iguales para todas las personas, con una política de no discriminación de empleo por raza, color, edad, sexo, religión, origen nacional, presencia de discapacidad mental, física o sensorial, orientación sexual o cualquier otra razón prohibida por las leyes federales, estatales o provinciales.

CAL INC y CALINC TRAINING son lugares de trabajo Libres de Drogas.

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido _____	Primer Nombre _____	Segundo nombre _____	Número de seguro social _____ -- ____ --
Dirección _____		(Ciudad) _____	(Estado) _____ (código postal) _____
Dirección de envío _____		(Ciudad) _____	(Estado) _____ (código postal) _____
Teléfono de casa _____		Teléfono celular _____	
EN CASO DE EMERGENCIA, Notificar a _____		Doy mi consentimiento para que se me realice examen anti drogas	
Dirección _____		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Teléfono _____			
¿Tiene usted 18 años o más de edad? (CAL INC/CALINC TRAINING cumple con los requerimientos de leyes federales, estatales o provinciales)		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene usted autorización legal para trabajar en Estados Unidos? (Se requiere que todos los nuevos empleados proporcionen prueba de legalidad a trabajar en los EE.UU.)		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido condenado de algún delito en los últimos siete (7) años? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, escriba la lista de delitos de interés público por los que ha sido condenado (un arresto no es necesariamente un delito). Una condena no necesariamente le descalifica para el empleo.			
En caso afirmativo, explique: _____ _____ _____			

Tipo de empleo deseado

Puesto o tipo de trabajo deseado: _____		Tipo de trabajo que aceptaría: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporal	Turno <input type="checkbox"/> Día (primer turno) <input type="checkbox"/> Segundo turno <input type="checkbox"/> Nocturnidad <input type="checkbox"/> Rotativo
¿Ha trabajado para CAL INC o CAL INC TRAINING anteriormente? En caso afirmativo, ¿en qué puesto de trabajo? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está en capacidad de realizar las tareas del trabajo solicitado, con o sin algún tipo acomodo razonable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Salario deseado por hora: _____	Fecha en que puede comenzar a trabajar: _____		

CAPACITACIÓN Y ESTUDIOS (Esta información no descalifica a nadie para empleo)

¿Completó Preparatoria, "High School" o "(GED)"? Sí No
 En caso negativo, escriba el último grado de estudios que terminó:

Universidad, Escuela técnica o Militar (Comenzando con la más reciente)

Nombre y lugar de la escuela	Fechas en las que asistió mes/año	Créditos obtenidos por horas cursadas		¿Se graduó?	Título y año en que lo obtuvo (técnico, Ingeniero, etc.)	Especialidad o tipo de título (en electricidad, en construcción, en finanzas, etc.)
		Número de Horas Trimestrales o Semestrales	Otro (Especifique)			
	Desde: Hasta:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Desde: Hasta:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Desde: Hasta:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

CERTIFICACIONES, DIPLOMADOS Y OTROS CURSOS (Esta información no descalifica a nadie para empleo)

CERTIFICACIONES: Indique qué certificaciones posee vigentes al momento
DEBE PROPORCIONAR FOTOCOPIAS DE TODOS LOS CERTIFICADOS JUNTO CON LA APLICACIÓN

AHERA Asbesto	Tipo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de certificación _____
CDPH Plomo	Tipo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de certificación _____
Autorización médica para trabajar con Asbesto		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de reporte _____
Análisis de plomo en sangre		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de reporte _____
¿Pertenece a un sindicato (unión)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso de serlo, especifique a cual pertenece: _____		
¿Posee licencia de conducir válida y vigente? (Requisito para Superintendentes y cargos más altos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de licencia de conducir _____ (Estado) (Número)		

INFORMACIÓN PARA VETERANOS DEL EJÉRCITO (Comience con la más reciente)

Tipo de servicio (army, marines, etc.)	Fecha de entrada	Fecha de salida

HABILIDADES ESPECIALES (Enumere todas las máquinas, herramientas y equipos de trabajo relacionados que sabe operar:)

HABILIDADES DE OFICINA (impresión o gráficos, tipos de software y hardware, etc.)

EXPERIENCIA LABORAL

Escriba los dos últimos trabajos que ha tenido, comenzando con el más reciente primero. Por favor, incluya cualquier trabajo no pagado/ voluntariado y experiencia militar) Ver hoja de vida para mejor referencia

Fecha (Mes/Día/año)				<input type="checkbox"/> Ver hoja de vida para mejor referencia	
Desde:	Trabajo actual (tipo de empleo, dirección y nombre de la empresa)	Puesto de trabajo	Motivo de salida		
Hasta:					
Tareas/trabajos desempeñados:					
Nombre del supervisor		Teléfono		¿Podemos contactar a esta persona?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Fecha (Mes/Día/año)					
Desde:	Trabajo actual (tipo de empleo, dirección y nombre de la empresa)	Puesto de trabajo	Motivo de salida		
Hasta:					
Tareas/trabajos desempeñados:					
Nombre del supervisor		Teléfono		¿Podemos contactar a esta persona?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Fecha (Mes/Día/año)					
Desde:	Trabajo actual (tipo de empleo, dirección y nombre de la empresa)	Puesto de trabajo	Motivo de salida		
Hasta:					
Tareas/trabajos desempeñados:					
Nombre del supervisor		Teléfono		¿Podemos contactar a esta persona?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

REFERENCIAS (Escriba los nombres de tres referencias de trabajo, a quien ha conocido al menos un año)

Nombre	Dirección y teléfono	Tipo de negocio	¿Cuánto tiempo tiene de conocer esta persona y cómo la conoció?:
1			
2			
3			

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS E INDIQUE SU COMPRENSIÓN Y ACEPTACIÓN CON SU FIRMA EN EL ESPACIO DE ABAJO:

Por medio de la presente autorizo CAL INC / CALINC TRAINING para investigar a fondo mis antecedentes, referencias antes, registro de empleo antes mencionado y otros asuntos relacionados con mi aptitud para el empleo. Autorizo a las personas, escuelas, instituciones y mi actual patrón (si aplica), y los patrones anteriores y organizaciones contactadas por CAL INC / CALINC TRAINING para proporcionar toda la información pertinente con respecto a mi empleo actual y/o anterior, y absuelvo a todas las personas, escuelas, patrones de cualquier reclamo por proporcionar dicha información. Entiendo que mentir u ocultar información puede resultar en el rechazo de esta solicitud, o en caso de ser contratado, la disciplina hasta e incluyendo el despido. Entiendo que puedo ser requerido a firmar un acuerdo de obligación de propiedad, debería convertirse en un empleado de CAL INC o CALINC TRAINING. Entiendo que llenar este formulario no indica que hay una posición abierta y no obliga CAL INC / CALINC TRAINING contratarme. Entiendo que si soy contratado por CAL INC / CALINC TRAINING, es un contrato por tiempo indefinido y, como tal, el empleo puede terminar en cualquier momento.

Fecha _____ Firma _____

SOMOS UNA EMPRESA CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
Comprometido a contratar una fuerza laboral diversa