



Tenga en cuenta: (Por favor imprima cuidadosamente) Es importante que complete todas las partes de la solicitud. Si su solicitud está incompleta o no muestra claramente la experiencia y/o capacitación requerida, es posible que su solicitud no sea aceptada. Si no tiene información para ingresar en una sección, escriba N/A. **SE REQUIERA LA PRUEBA DE DROGAS ANTES Y DESPUES, PARA EL EMPLEO.**

### SOLICITUD DE EMPLEO

#### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado y Código Postal

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted al menos 18 años de edad? Sí  No  Contacto Alternativo: \_\_\_\_\_

#### POSICIÓN

Posición: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

¿Estás dispuesto a trabajar de noche? Sí  No  ¿Cuándo puedes empezar? \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Alguna vez ha sido empleado por esta organización en el pasado? Sí  No

Si tu respuesta es sí, ¿cuándo fue la última fecha de empleo? \_\_\_\_\_

Certifico que soy un ciudadano estadounidense, residente permanente o extranjero con permiso de trabajo en los Estados Unidos. Sí  No

¿Alguna vez ha sido condenado, o se declaró culpable, no ha disputado o se le ha negado el juicio a un delito grave? Sí  No

Si tu respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DE CONDUCCIÓN

¿Tiene una licencia de conducir válida? Sí  No       ¿Licencia de Conducir Comercial? Sí  No

*Por favor marque todos en que tenga experiencia operando:*

- Transmisión Automática       Eje trasero de dos velocidades       Camión de 1 Tonelada       Camión de 2 Tonelada  
 Transmisión Manual       Camión y Rastilladora       Camioneta y Tráiler       Camión con Elevador

¿Ha tenido algún accidente durante los últimos tres años? Sí  No  Si tu respuesta es sí, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

1. Último Accidente: \_\_\_\_\_ ¿Fatalidad? Sí  No  ¿Heridas? Sí  No

Naturaleza de accidente (de frente, por detrás Etc.) \_\_\_\_\_

2. **Accidente previo al anterior:** \_\_\_\_\_ ¿Fatalidad? Sí  No  ¿Heridas? Sí  No

Naturaleza de accidente (de frente, por detrás Etc.) \_\_\_\_\_

3. **Accidente previo al anterior:** \_\_\_\_\_ ¿Fatalidad? Sí  No  ¿Heridas? Sí  No

Naturaleza de accidente (de frente, por detrás Etc.) \_\_\_\_\_

¿Convicciones de tráfico durante los últimos tres años? Sí  No  Si tu respuesta es Sí, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

Convicción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Castigo: \_\_\_\_\_

Convicción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Castigo: \_\_\_\_\_

Convicción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Castigo: \_\_\_\_\_

***Las regulaciones federales del Departamento de Transporte requieren que se verifiquen de todos los conductores.***

A) ¿Alguna vez se le ha negado una licencia, permiso o privilegio para operar un vehículo motorizado? Sí  No

B) ¿Alguna licencia, permiso o privilegio ha sido suspendido o revocado alguna vez? Sí  No

Si la respuesta es Sí, a cualquiera de A o B. Explique la declaración con detalles:

---

---

---

---

---



NV Contractors Lic. #0067759 | \$4,500,000.00 Limit

CA Contractors Lic. #1037744 | NV Pest Control Lic. #6747

P.O. Box 98295 Las Vegas, NV 89193-8295 | Office: 702.564.1998 Fax: 702.818.5464

## EXPERIENCIA DE EMPLEO

*Favor de mencionar los últimos tres (3) trabajos más recientes.*

**1) Empresa:** \_\_\_\_\_ Nombre de su ultimo supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_\_

Salario Inicial: \_\_\_\_\_ Salario Final: \_\_\_\_\_ Posición Final: \_\_\_\_\_

¿Razón de Partida? \_\_\_\_\_

Describir sus deberes y responsabilidades laborales: \_\_\_\_\_

**2) Empresa:** \_\_\_\_\_ Nombre de su ultimo supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_\_

Salario Inicial: \_\_\_\_\_ Salario Final: \_\_\_\_\_ Posición Final: \_\_\_\_\_

¿Razón de Partida? \_\_\_\_\_

Describir sus deberes y responsabilidades laborales: \_\_\_\_\_

**3) Empresa:** \_\_\_\_\_ Nombre de su ultimo supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_\_

Salario Inicial: \_\_\_\_\_ Salario Final: \_\_\_\_\_ Posición Final: \_\_\_\_\_

¿Razón de Partida? \_\_\_\_\_

Describir sus deberes y responsabilidades laborales: \_\_\_\_\_



Lista de los trabajos que desempeñó, las tareas realizadas, las habilidades utilizadas o aprendidas, los avances o promociones mientras trabajases:

---

---

---

---

**Habilidades de Producción (todas las posiciones de producción):** *Por favor marque todos aquellos que tenga experiencia operando*

- Tregar árboles       Trituradora de tacones       Sierra de cadena       Rociado       Rastilladora

¿Tiene usted alguna otra experiencia en trabajo de árboles? Sí  No

Si tu respuesta es Sí, por favor describa cualquier capacitación y experiencias adicionales y la cantidad total de años de experiencia que usted tiene:

---

---

---

---

¿Ha recibido usted capacitación en cortar árboles para despejar líneas eléctricas? Sí  No

Si tu respuesta fue Sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ Certificación: \_\_\_\_\_ ¿Por quién? \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia práctica en cortar árboles para despejar líneas eléctricas? Sí  No

Si tu respuesta fue Sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Adonde? \_\_\_\_\_

**Puesto de Oficina Administrativa Solamente:** *Por favor marque en que tenga experiencia*

- Calculadora       Entrada de Datos       Sistema Telefónico Multilínea       Fax y Maquina de Copiar       Office

Mecanografía (LPM): \_\_\_\_\_

Habilidades Computacionales Por Favor de liste los Programas:

---

---

---

---



## EDUCACIÓN

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Mayor nivel completado: \_\_\_\_\_

Dirección/Ubicación: \_\_\_\_\_

Años de estudio: \_\_\_\_\_ Diploma: \_\_\_\_\_ Especialización: \_\_\_\_\_

**Certificación:** *Por favor liste todo lo que aplica con fecha*

---

---

---

---

## MILITAR

¿Has estado alguna vez en las fuerzas armadas? Sí  No  ¿Sigues en servicio activo? Sí  No

*Si no, por favor marque lo siguiente:*  Retirado  Honorable dado de alta Otra: \_\_\_\_\_

Deberes específicos de trabajo:

---

---

---

## REFERENCIAS PROFESIONALES

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_



**Capacidad para realizar las funciones esenciales del trabajo:**

Todos los cargos de producción son físicamente exigentes. Después de un período razonable después del comienzo del empleo, se espera que los empleados a nivel de principiantes en estos cargos pueden realizar los trabajos de árboles. Este trabajo incluye trepar árboles, cortar ramas de árboles con varias herramientas manuales y mecánicas en forma continua durante un turno de ocho a diez horas, retirar y desechar las ramas usando varias herramientas mecanizadas, lo cual podría requerirse que la mayoría de los empleados a nivel de principiantes obtengan licencias estatales para aplicar pesticidas y que realicen tareas que implican exponerse a varios productos químicos y pesticidas.

¿Es usted físicamente capaz de ejecutar estas tareas en forma segura con o sin ajustes razonables? Sí  No

**Por Favor lea detenidamente**  
**Verificación y confirmación de la solicitud**

Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta de acuerdo con mi mejor saber y entender y entiendo que la falsificación de esta información podría significar el rechazo de mi solicitud o, si ya se me había dado empleo, el despido. Autorizo a cualquiera de las personas u organizaciones mencionadas en mi solicitud para que den información acerca de mis trabajos previos, educación o cualquier otra información personal o de otro tipo que pudiesen tener con respecto a cualquiera de los temas descritos en esta solicitud y libero a dichas partes de toda responsabilidad de daños que pudiesen ser el resultado de divulgar dicha información a ustedes. Los autorizo a solicitar y recibir dicha información en el proceso de ser considerado(a) para empleo por su compañía. Acepto respetar las normas de la compañía y entiendo que la compañía puede cambiar, interpretar, agregar o eliminar estas normas como lo desee sin darme aviso previo. Entiendo también que tanto yo como la compañía podemos terminar mi empleo y que, si me ofrecen trabajo, podemos cambiar de parecer con sin razón y con o sin previo aviso en cualquier momento. Entiendo que ningún representante de la compañía tiene autoridad para formalizar un contrato de empleo por un tiempo específico o para hacer cambios de personal antes o después del comienzo de mi empleo o llegar a un acuerdo que sea contrario a lo anterior a menos que sea por escrito y firmado por el presidente de la compañía. Reconozco que se me informó que esta solicitud solo permanecerá vigente durante 90 días a partir de la fecha en que se complete. Entiendo que el hecho de que se me haya entregado algún manual o memorando o cualquier otro documento no constituye un contrato de trabajo ni exore si ni implícito.

Entiendo y reconozco que cualquier oferta de empleo es condicional hasta que complete un cuestionario medico preliminar al empleo, que los médicos de la compañía examinen las respuestas a dicho cuestionario y cualquier otro expediente médico desee obtener, que los resultados de cualquier otro examen médico requerido por la compañía sean satisfactorios y hasta que la compañía determine que puedo realizar el trabajo solicitado en forma segura y sin riesgo significativo de lesiones en el futuro Entiendo también que este proceso puede llevar varias semanas y que cualquier oferta de empleo continua siendo condicional hasta que haya sido aprobada por el oficial de personal de la compañía.

Firma del postulante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

