

Departamento de Salud del Condado de Harrison

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellido	Primero	M.I.	DOB
Dirección de la calle		Apartamento/Unidad#	
Ciudad	Estado	Cremallera	
Teléfono		Dirección de correo electrónico	
Fecha disponible	Nº de Seguridad Social.	Salario deseado	
Puesto solicitado			
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es no, ¿está autorizado a trabajar en los EE. UU.? SI NO			
¿Has trabajado alguna vez para esta empresa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

EDUCACIÓN			
Escuela secundaria		Dirección	
De A	¿Te graduaste?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grado
Universidad		Dirección	
De A	¿Te graduaste?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grado
Otro		Dirección	
De A	¿Te graduaste?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grado

REFERENCIAS	
<i>Por favor, enumere tres referencias profesionales.</i>	
Nombre completo	Relación
Compañía	Teléfono ()
Dirección	

Nombre completo	Relación
Compañía	Teléfono ()
Dirección	

Nombre completo	Relación
Compañía	Teléfono ()
Dirección	

EMPLEO ANTERIOR		
Compañía		Teléfono ()
Dirección		Supervisor
Título del trabajo	Salario inicial \$	Salario final \$
Responsabilidades		
De A	Motivo de la salida	
¿Podemos ponernos en contacto con su supervisor anterior para obtener una referencia? SI NO		

Compañía		Teléfono ()
Dirección		Supervisor
Título del trabajo	Salario inicial \$	Salario final \$
Responsabilidades		
De A	Motivo de la salida	
¿Podemos ponernos en contacto con su supervisor anterior para obtener una referencia? SI NO		

Compañía		Teléfono ()
Dirección		Supervisor
Título del trabajo	Salario inicial \$	Salario final \$
Responsabilidades		
De A	Motivo de la salida	
¿Podemos ponernos en contacto con su supervisor anterior para obtener una referencia? SI NO		

SERVICIO MILITAR		
Rama	De A	
Rango en el momento de la baja	Tipo de descarga	
Si no es honorable, explique		

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA	
<p><i>Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Si esta solicitud conduce a un empleo, entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede resultar en mi liberación.</i></p>	
Firma	Fecha