



JOHN BYRNE PINTURA, Inc. tiene una política de drogas ESTRUCTA

SI EL EMPLEO OFRECIDO
USTED SERA ANALIZADO DE DROGAS
EN SU PROPIA CUENTA

Si ha utilizado DROGAS (ESTO INCLUYE LA MARIHUANA) EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS, NO DEBE CONTINUAR CON EL PROCESO DE SOLICITUD DE EMPLEO.

TAMBIÉN John Byrne PAINTING, INC HARÁ UNA HISTORIA CRIMINAL VER PARA COMPROBAR LAS DECLARACIONES HECHAS EN SU APLICACIÓN.

POR FAVOR MANTENGA ESTOS DOS PUNTOS EN MENTE Y NO PIERDA SU TIEMPO O TIEMPO DE LA SOCIEDAD SI USTED SABE QUE NO PASA LA PRUEBA DE DROGAS O EL CHEQUE CRIMINAL.

NO HE USADO DROGAS / MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS.

(SIGN)

(DATE)

****Please EMAIL to admin@johnbyrnepainting.com ****

SOLICITUD DE EMPLEO

Por favor escriba:

Fecha de aplicación: _____

Puesto que solicita: Fecha _____ puede empezar: _____

Nombre: _____ Teléfono # _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Cremallera

Seguro Social: _____ Licencia de Conducir # _____

Está usted autorizado para trabajar legalmente en los USA? SI o NO

Tiene amigos o familiares que trabajan aquí? SI o NO

Alguna vez ha sido empleado aquí antes? SI o NO

En caso afirmativo, indique las fechas: From _____ A: _____

Motivo de separación: _____

Alguna vez ha sido condenado por un delito que no sea una violación menor de tráfico? SI o NO

En caso afirmativo, por favor Explain _____

CONDENA NO NECESARIAMENTE SERÁ UNA BARRA AL EMPLEO. CADA INSTANCIA Y EXPLICACIÓN SERÁ CONSIDERADA EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DE FO
RWHICH YUOU SOLICITA.

En qué horario está disponible para trabajar? _____

*** NOTA: S ome s proyecto le exigirá que trabajar por las noches y / o fines de semana ***

Va a trabajar horas extras si es necesario? SI o NO

Va a trabajar por la noche si es necesario? SI o NO

Va a trabajar los fines de semana si es necesario?

SI o NO

Va a viajar si el trabajo lo requiere?

SI o NO

EXPERIENCIA LABORAL

1. Nombre del empleador: _____ **Salario por hora o Rate** _____
Nombre de Supervisor _____ **Teléfono** _____
Address _____
Fecha de Empleo __ from _____ a _____
Motivo de _____ **Leaving** _____
Responsabilidades de trabajo _____

2. Nombre del empleador: _____ **Sueldo o Salario por hora**

Nombre de Supervisor _____ **Teléfono** _ # _____
Address _____
Fecha de Empleo from _____ a _____
Motivo de Leaving _____
Responsabilidades de trabajo

3. Nombre del empleador: _____ **Sueldo o Salario por hora**

Nombre de Supervisor _____ **Teléfono** _ # _____
Address _____
Fecha de Empleo from _____ a _____
Motivo de Leaving _____
Responsabilidades de trabajo

Las lagunas en el Empleo (Cuenta para todos los períodos de desempleo de tres meses de duración o más en el historial de empleo anterior, con exclusión de los períodos de tiempo cuando usted era un estudiante de tiempo completo)

De	A	Diga lo que estabas haciendo

REFERENCIAS

Anote el nombre y número de teléfono de dos negocios / trabajo las referencias que *no sean familiares* para usted.

Nombre: _____ **Teléfono** _____

Relación: _____ **Años de conocerlo:** _____

Nombre: _____ **Teléfono** _____

Rel. un ción: _____ **Años de conocerlo:** _____

ANTECEDENTES DE EDUCACIÓN

Escuela Secundaria: _____ **# de Años de estudio:** _____

Tema principal de estudio: _____ **Graduado? SI o NO**

Universidad: _____ **# de Años de estudio:** _____

Habilidades y Calificaciones: _____

EXPERIENCIA MILITAR

Rama de Service _____ **especiales:** _____

La más alta Rank _____ **# de Escuelas de Servicio Estudio:** _____

En caso de emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Entiendo que si soy contratado, mi empleo puede ser terminado por la Compañía en cualquier momento, con o sin causa y sin previo aviso.

CERTIFICO T H EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LA B A OVE INFORMACIÓN ES CORRECTA Y yo entiendo que cualquier falsificación u omisión de cualquier información en esta aplicación resultará en mi DESCALIFICACIÓN O TERMINACIÓN DE EMPLEO si es contratado.

*** Aplicación no válida después de 30 días ***

Firma del Applicant _____

Fecha _____

Nombre del solicitante (letra de molde) _____

******Please EMAIL to admin@johnbyrnepainting.com ******

SEE THE DIFFERENCE!

www.johnbyrnepainting.com

1160 DeKalb Street, King of Prussia, PA 19406 ❖ (610) 337-3711 ❖ Fax (610) 337-3709