

APLICACIÓN DE EMPRESAS HAVILAND

La política de Haviland Empresas es proporcionar igualdad de oportunidades de empleo de conformidad con todas las leyes aplicables. Esta solicitud no se considerará a menos que esté completamente completa y permanecerá en el archivo durante trece días a partir del momento de la finalización.

Fecha de Aplicación ____/____/____ Posición(s) solicitada(s): _____ Disponible para trabajar: ____/____/____

¿Cómo se enteró de las oportunidades de empleo en Haviland? Amigo Periódico Sitio Otro _____

Nombre _____ Teléfono de Casa (____) _____ - Teléfono Móvil (____) _____ -

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Qué turno(s) puedes trabajar? _____ ¿Tiene 18 años o más? Sí No

¿Alguna vez ha sido condenado por algún delito menor o delito grave? Sí No NOTA: Una condena no será necesariamente un problema para el empleo. Se tendrán en cuenta factores como la edad, el momento de la ofensa, la gravedad y la naturaleza de la violación, si la ofensa está sustancialmente relacionada con la capacidad del solicitante para realizar el trabajo solicitado y la rehabilitación. En caso afirmativo, ¿qué y cuándo? Por favor explique las circunstancias: _____

¿Alguno de sus familiares está actualmente empleado en la Compañía? Sí No En caso afirmativo, sírvase enumerar:
Nombre del familiar _____ Relación _____ Su Lugar de Trabajo _____

¿Alguna vez ha sido empleado por nosotros? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo y Dónde? _____

Supervisor _____ Motivo de la partida _____

HISTORIAL DE EMPLEO

Proporcione la siguiente información sobre sus últimos tres (3) empleadores, incluidos los servicios militares y / o actividades de voluntariado, comenzando con su asignación más reciente.

Empleador 1 Nombre _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____ -
Fecha de Inicio ____/____/____ Puesto _____ Salario _____ Supervisor _____
Fecha de Terminación ____/____/____ Puesto _____ Salario _____ Supervisor _____
¿Qué te gustó del trabajo _____ Motivo de la partida _____

Empleador 2 Nombre _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____ -
Fecha de Inicio ____/____/____ Puesto _____ Salario _____ Supervisor _____
Fecha de Terminación ____/____/____ Puesto _____ Salario _____ Supervisor _____
¿Qué te gustó del trabajo _____ Motivo de la partida _____

Empleador 3 Nombre _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____ -
Fecha de Inicio ____/____/____ Puesto _____ Salario _____ Supervisor _____
Fecha de Terminación ____/____/____ Puesto _____ Salario _____ Supervisor _____
¿Qué te gustó del trabajo _____ Motivo de la partida _____

HABILIDADES Y CALIFICACIONES Resuma cualquier capacitación, habilidades, licencias y/o certificados que puedan calificarlo para realizar funciones relacionadas con el trabajo en el puesto para el que está solicitando.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre y Ubicación	Número de Años Cumplidos	¿Se graduó?
Escuela Secundaria		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Universidad		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otro		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

REFERENCIAS Enumere tres referencias (incluya ex supervisores, maestros, entrenadores, etc. **No incluya familiares**).

Nombre	Relación	Teléfono	Años Conocidos

¿Alguna vez ha firmado un acuerdo de "no competencia" con alguno de sus empleadores anteriores? Sí No

En caso afirmando, escriba el nombre de la empresa _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Las Compañías haviland, al considerar mi solicitud de empleo, pueden verificar la información establecida en esta solicitud y obtener información de antecedentes adicional relacionada con mis antecedentes.

Autorizo a todas las personas, escuelas, empresas, agencias de crédito y agencias de aplicación de la ley a proporcionar cualquier información relacionada con mis antecedentes.

Entiendo y acepto tomar cualquier examen médico legal requerido por las Compañías de Haviland al recibir una oferta condicional de empleo por parte de Haviland, o después de ser contratado, como condición de mi empleo continuo. Estoy de acuerdo en que mi negativa a tomar cualquier examen legal de este tipo puede ser causa de terminación de mi empleo. Además, entiendo que Haviland puede requerir una prueba de drogas previa al empleo para sustancias ilegales, y que Haviland no contratará a ningún solicitante que den positivo o se niegue a dar su consentimiento para las pruebas de drogas previas al empleo. También entiendo que Haviland es un lugar de trabajo libre de drogas y estaré sujeto a una evaluación de drogas aleatoria, posterior al accidente y de suspensión razonable.

Certifico que la información en esta solicitud es correcta, y entiendo que mi tergiversación u omisión de cualquier información resultará en mi descalificación de cualquier consideración para el empleo o, si es empleado, mi despido. Entiendo que esta aplicación no es un contrato, oferta o promesa de empleo y que, si me contratan, podré renunciar en cualquier momento por cualquier motivo. Del mismo modo, las Compañías Haviland pueden terminar mi empleo en cualquier momento con o sin causa. Además, entiendo que nadie más que el presidente de las Compañías de Haviland tiene la autoridad para celebrar un contrato de trabajo o acuerdo conmigo, y que mi empleo a voluntad solo puede cambiarse mediante un acuerdo escrito firmado por el Presidente de las Compañías de Haviland.

También entiendo que, si me contratan, proporcionaré prueba de identidad y autoridad legal para trabajar en los Estados Unidos y que las leyes federales de inmigración requieren que complete un Formulario I-9 a este respecto.

Entiendo que esta aplicación es buena solo durante 30 días a partir de la fecha de hoy. Si todavía deseo un puesto en haviland Companies después de que expire esta solicitud, será mi responsabilidad completar una nueva solicitud y presentarla en Haviland.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO PUEDEN SER CONSIDERADAS PARA EL EMPLEO.

Estoy de acuerdo con la declaración anterior. Sí No

Firma del Solicitante _____ Fecha _____