

## SOLICITUD DE EMPLEO

### INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE:  NÚM. DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN:  TELÉFONO:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:  FECHA DE NACIMIENTO

¿QUÉ PUESTO SOLICITA?

¿PREFIERE?

¿PUEDE TRABAJAR LEGALMENTE EN ESTADOS UNIDOS?

¿PUEDE DESEMPEÑAR ALGUNAS O TODAS LAS FUNCIONES DEL EMPLEO?

¿SIN ADAPTACIONES RAZONABLES?

¿TIENE MÁS DE 18 AÑOS DE EDAD?

¿ALGUNA VEZ LO HAN CONDENADO POR UN DELITO GRAVE?

SI CONTESTÓ QUE SÍ, DESCRÍBALO

¿TIENE UNA LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA?

¿DE QUÉ ESTADO?  FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA

NOTA: SI TIENE UNA LICENCIA DE OTRO ESTADO Y CONDUCE UN VEHÍCULO DE LA COMPAÑÍA, TENDRÁ QUE CONSEGUIR UNA LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA DE FLORIDA EN UN PLAZO DE 30 DÍAS DE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO Y DEBERÁ ENTREGAR UNA COPIA DE SU LICENCIA DE FLORIDA PARA SU EXPEDIENTE LABORAL.

¿SU LICENCIA SE ENCUENTRA EN REGLA?

¿HA RECIBIDO INFRACCIONES POR EXCESO DE VELOCIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

¿HA RECIBIDO INFRACCIONES POR CONDUCIR BAJO LA INFLUENCIA DE LAS DROGAS O EL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

¿HA RECIBIDO INFRACCIONES VIALES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

SI CONTESTÓ QUE SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, EXPLIQUE

NOTA: SE LE PUEDE PEDIR QUE ENTREGUE UNA COPIA DE SUS REGISTROS DE CONDUCCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DEL DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS DE MOTOR, POR SUS PROPIOS MEDIOS.

# ***WYSCAPE, LLC***

---

## **ESCOLARIDAD**

¿SE GRADUÓ DE EDUCACIÓN SECUNDARIA?

ESTUDIOS (Especifique las clases relacionadas)

¿PLANEA ASISTIR O ASISTIÓ A LA UNIVERSIDAD?

SI CONTESTÓ QUE SÍ, ¿A QUÉ UNIVERSIDAD ASISTIÓ?

TIPO DE TÍTULO RECIBIDO:

DESCRIBA SUS OBJETIVOS PROFESIONALES:

INTERESES Y PASATIEMPOS:

¿CÓMO ESPERA BENEFICIARSE AL SER EMPLEADO DE ***WYSCAPE, LLC***?

¿QUÉ BENEFICIO O GANANCIA OBTENDRÁ ***WYSCAPE, LLC*** AL CONTRATARLO PARA UN PUESTO EN LA COMPAÑÍA?

# WYSCAPE, LLC

---

## HISTORIA LABORAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA:

PUESTO OCUPADO:

FUNCIONES:

DURACIÓN DEL EMPLEO DEL:  AL:

SALARIO INICIAL:

SALARIO FINAL:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA:

PUESTO OCUPADO:

FUNCIONES:

DURACIÓN DEL EMPLEO DEL:  AL:

SALARIO INICIAL:

SALARIO FINAL:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA:

PUESTO OCUPADO:

FUNCIONES:

DURACIÓN DEL EMPLEO DEL:  AL:

SALARIO INICIAL:

SALARIO FINAL:

ESCRIBA TRES REFERENCIAS: NOMBRE:  TELÉFONO:

NOMBRE:  TELÉFONO:

NOMBRE:  TELÉFONO:

# WYSCAPE, LLC

---

¿ESTÁ RECIBIENDO ATENCIÓN MÉDICA POR ALGUNA ENFERMEDAD?  
SI CONTESTÓ QUE SÍ, EXPLIQUE

ENFERMEDAD

¿CUÁNDO SE PREVÉ QUE TERMINARÁ EL TRATAMIENTO?

--

¿HA SUFRIDO LESIONES DE ESPALDA?

CUÁNDO Y DÓNDE

--

¿ALGUNA VEZ HA SUFRIDO UNA LESIÓN EN EL TRABAJO?  
SI CONTESTÓ QUE SÍ, EXPLIQUE  
LESIÓN CÓMO OCURRIÓ CUÁNDO OCURRIÓ

--

¿ALGUNA VEZ HA RECIBIDO INCAPACIDAD LABORAL POR UNA LESIÓN EN EL TRABAJO?  
SI CONTESTÓ QUE SÍ, EXPLIQUE

--

¿ALGUNA DE LAS LESIONES, ENFERMEDADES, OPERACIONES, ETC. QUE MENCIONÓ ANTES LE IMPEDIRÍA  
DESEMPEÑAR EL EMPLEO QUE SOLICITA? SI CONTESTÓ QUE SÍ, EXPLIQUE

--