

Destrezas de Oficio y Experiencia

Por favor llene la parte de abajo basado en sus años de experiencia y nivel de destreza de oficio.

Úse la siguiente como guía de nivel de destreza:

- A: Nivel de Señoridad /Capaz de Entrenar a Otros C: Destreza Intermediante
 B: Destreza Fuerte D: Nivel de Entrada

Maquinaria Pesada					
Ítem	Años	Destreza	Ítem	Años	Destreza
Aplanador (Roller)			Track Hoe		
Cargador Frontal(Front-End Loader)			Excavador Hidráulico (Dozer)		
Razpador (Scraper)			Motor Grader (Moto-confortadora)		
Manejo					
Ítem	Años	Destreza	Ítem	Años	Destreza
Troca de Agua			Descarga Lateral		
Materiales Peligrosos			Tractor Trailer		
Descarga de Diez Ruedas			Carga Pesada		
Mecánica / Aceite					
Ítem	Años	Destreza	Ítem	Años	Destreza
Mantenimiento Preventivo			Transmisión		
Frenos / Suspension			Eléctrica		
Motor			Hidráulica		
Soldador					
Ítem	Años	Destreza	Ítem	Años	Destreza
Mig			"Fuera de Posicion"		
Tig			Fabricación		
Varilla(nombre el tipo de vara)			Modelos (Blueprints)		
Otro					
Ítem	Años	Destreza	Ítem	Años	Destreza
Trabajo General			Estacar		
Mantenimiento del Equipo			Finishero de Concreto		
Inspeccionar			Otro:		
Oficina					
Ítem	Años	Destreza	Ítem	Años	Destreza
MS Word			Expedition / Sure-Trac		
MS Excel			PeachTree / Quickbooks		
AutoCAD / Micro Station			Otro:		
DESTREZAS DE SUPERVISOR					
Equipo mas grande que ha supervisado:					
Campo o Oficina?					
Tareas:					

Por favor nombre algun entrenamiento especial y/o destrezas relacionadas a la posición: _____

Patrones Anteriores

Aplicantes de CDL (Licencia de Manejo Comercial): Debe Mostrar Su Historia de 10 Años. Todo Aplicante Debe Mostrar Su Historia de 5 Años. *Escriba el Trabajo Actual o el Mas Reciente Primero. Por Favor Explique Los Espacios de Tiempo Entre Cada Empleo. Use la Parte de Atras si le es Necesario.*

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas:	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle	Supervisor:		Salario:
	Ciudad, Estado			

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas:	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle	Supervisor:		Salario:
	Ciudad, Estado			

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas:	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle	Supervisor:		Salario:
	Ciudad, Estado			

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas:	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle	Supervisor:		Salario:
	Ciudad, Estado			

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas:	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle	Supervisor:		Salario:
	Ciudad, Estado			

Indíque cualesquiera de los patrones que NO quiere que contactémos: _____
 Ha sido Usted despedido por algún patron anterior: Si No Si haci fue, de cual(es) patron(es)? _____
 Ha sido Usted provado culpable de, o se ha declarado "culpable" o "sin contienda" (no contest) a algún crimen? Si No

Si haci fue, escriba la(s) fecha(s) y detalle(s): _____
El Responder "Si" no constituye un rechazo automatico de su empleo. La fecha de la ofensa, la seriedad y la clase de violación, rehabilitación, y la posición serán considerados.

Esto certifica que esta aplicación has sido llenada por mi, y que todos los datos e informacion aqui escritos son veridicos y completados al mayor de mi conocimiento. Yo le autorizo que hagan investigaciones e Inquirir mi historia personal, de emplé, financiera, o médica y cualquier otro tema relacionado como sea necesario para llegar a una decision de emplé. (Generalmente, la investigación acerca de la historia medica se hará solo cuando y despues de haberle ofrecido empleo condicional que ha sido extendido.) Yo, por este medio, libro a patrones, escuelas, proveedores de atencion médica, e otras personas de toda responsabilidad al responder a la información investigada en relación a mi aplicación. En caso de empleo, yo entiendo que información falsa o engañosa en mi aplicación o en la entrevista(s) pueden resultar en que sea despedido. Yo entiendo, ademas, que se me requiere seguir todas las reglas y regulaciones de la Compania, y que empleo es "de voluntad" y puede ser terminado por mi o por la Compania en cualquier momento, con o sin razon cualquiera.

Firma del Aplicante _____ **Fecha** _____

Acceso Voluntario de Identidad

Nuestra compañía ha, y continuará cooperando totalmente con toda ley de empleo que apliqué. No se hará ninguna discriminación en contra de ningún empleado o aplicante por causa de raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional, discapacidad o estatus de veterano. Nos subscribimos a la póliza y nuestro programa de acción afirmativa que todo empleado será tratado igual durante su empleo en todo asunto, incluyendo empleo, el subir de grado, promoción, transferir, el ser despedido, terminación, cantidad de pago, selección para entrenamiento, o reclutamiento. Se espera la cooperación total de todo empleado y en todo nivel de supervisión.

La información solicitada enseguida es completamente voluntaria y será usada con el propósito de reportes periódicos del gobierno solamente. Agradecemos su cooperación.

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Raza: De Alaska o Indio Americano Hispano
 Asiático/ Isleño Pacífico Blanco
 Negro Otro

Como contratistas del gobierno, estamos sujetos a las secciones 503 y 504 del Acto de Rehabilitación de 1973 (*Section 503 and 504 of the Rehabilitation Act of 1973*) y Sección 402 del Acto de 1974 Asistencia para Re-ajustamiento de la Era de Vietnam (*Section 402 of the Vietnam Era Veterans Re-adjustment Assistance Act of 1974*). Estos Actos requieren a contratistas del gobierno que tomen acción afirmativa para emplear y avanzar en empleo a veteranos deshabilitados calificados, a veteranos de la Era de Vietnam, y a Individuos deshabilitados. Si usted tiene una o más de las descripciones de antemano, quisieramos incluirlo bajo el programa de acción afirmativa.

Esta información es completamente voluntaria y será tenida confidencial. Si rehusa proveer esta información no se le sujetará a ningún mal tratamiento. Sin embargo, su cooperación en este asunto será grandemente agradecido.

Señale cualesquiera de las siguientes que le apliquen:

Deshabilitado Veterano Deshabilitado
 Veterano de la Era de Vietnam Veterano

Si usted es veterano deshabilitado o individuo incapacitado, sería de asistencia si nos informará de:

- 1) Algún método especial, destreza o procedimiento que lo calificarían para posiciones las cuales no podría ejecutar por causa de su discapacidad. Al nombrar estos métodos especiales, destrezas o procedimientos, tal vez sea considerado para más posiciones. _____
- 2) Comodidades que podríamos hacer que lo permitan ejecutar su trabajo correctamente y con seguridad. Estas comodidades pueden incluir el instituir cambios razonables en la disposición física del trabajo, alteraciones de ciertas tareas relacionadas al trabajo, o otras comodidades. _____

Por favor identifique por que medio usted supo de una oportunidad para empleo con esta organización:

Anuncio de Periódico Escuela Técnica/Colegio Otro _____
 Referencia de Empleado Servicio Temporario
 Manejando Cerca el Edificio Servicio de Empleo del Estado

TOTAL APPLICANT SCREENING NON-DOT RELEASE

In connection with my application for employment (including contract for services) with

Duit Construction

I hereby fully release and discharge you and DAC Services, their respective affiliates, subsidiaries, directors, officers, employees, agents and attorneys thereof, and each of them, and any individual, organization, entity, agency, or other source providing information to above named employer and/or DAC Services from all claims and damages arising out of or relating to any investigation of my background for employment purposes.

I have been provided a copy of the summary of the rights of the consumer pursuant to Fair Credit Reporting Act (FCRA), and have also been provided a disclosure that an investigative consumer report will be sought pursuant to FCRA. I hereby authorize and give my consent to the above company for the procurement of consumer report(s). If hired (or contracted), this authorization shall remain on file and shall serve as ongoing authorization for you to procure consumer reports at any time during my employment (or contract) period.

Today's Date _____ Signature _____

Print your full name _____

For purposes of gathering this information, I agree to supply the following information which may be required by law enforcement agencies and other entities for positive identification purposes when checking records. It is confidential and will not be used for any other purpose.

Print other last names you have used _____

List States and Counties of Residence for the past: 3 years 5 years 7 years 10 years
(Attach a separate sheet if more checks are needed.)

State _____ City/County _____ From 19____ to _____

State _____ City/County _____ From 19____ to 19____

State _____ City/County _____ From 19____ to 19____

State _____ City/County _____ From 19____ to 19____

Home Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Social Security No. _____ Date of Birth _____

Driver's License No. _____ State Issuing License _____

Sex: Male Female Race: Asian Black Hispanic White Other _____