



**SVO**  
shenandoah valley organic

**INFORMACION PERSONAL**

|                            |                 |                     |               |
|----------------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| NOMBRE (APPELLIDO PRIMERO) |                 | N° DE SEGURO SOCIAL |               |
| DIRECCION ACTUAL           | CIUDAD          | ESTADO              | CODIGO POSTAL |
| DIRECCION PERMANENTE       | CIUDAD          | ESTADO              | CODIGO POSTAL |
| TELEFONO                   | RECOMENDADO POR |                     |               |

**EMPLEO DESEADO**

|                                     |                             |  |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| PUESTO                              | FECHA QUE PUEDE EMPEZAR     | SALARIO DESEADO                                      |                             |
| ¿TRABAJA ACTUALMENTE?               |                             | ¿ESTÁ AUTORIZADO PARA TRABAJAR LEGALMENTE EN EE.UU.? |                             |
| <input type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI                          | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿A POSTULADO A ESTA COMPAÑÍA ANTES? |                             | ¿DÓNDE?  | ¿CUÁNDO?                    |
| <input type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO |  |                             |

**EDUCACIÓN**

|  | NOMBRE Y LUGAR DE LA ESCUELA | A—OS QUE ASISTIO | SE GRADUO? | RAMOS ESTUDIADOS |
|--|------------------------------|------------------|------------|------------------|
| ESCUELA SECUNDARIA                                 |                              |                  |            |                  |
| UNIVERSIDAD  |                              |                  |            |                  |
| ESCUELA DE OFICIOS, NEGOCIOS O POR CORRESPONDENCIA |                              |                  |            |                  |

**INFORMACIÓN GENERAL**

|   |       |
|---|-------|
| ESTUDIO ESPECIAL O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN |       |
| CAPACITACIÓN ESPECIAL                       |       |
| APTITUDES ESPECIALES                        |       |
| SERVICIO MILITAR (EE.UU.)                   | RANGO |

**EMPLEADORES ANTERIORES**

| FECHA, MES Y A—O | NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR | SALARIO | PUESTO | RAZON DE SALIDA |
|------------------|----------------------------------|---------|--------|-----------------|
| DESDE            |                                  |         |        |                 |
| HASTA            |                                  |         |        |                 |
| DESDE            |                                  |         |        |                 |
| HASTA            |                                  |         |        |                 |
| DESDE            |                                  |         |        |                 |
| HASTA            |                                  |         |        |                 |
| DESDE            |                                  |         |        |                 |
| HASTA            |                                  |         |        |                 |

**REFERENCIAS**

| NOMBRE | TELEFONO | PROFESION | A—OS QUE LO CONOCE |
|--------|----------|-----------|--------------------|
|        |          |           |                    |
|        |          |           |                    |
|        |          |           |                    |



REFERENCIAS

“CERTIFICO QUE LOS HECHOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y COMPLETOS A MI MEJOR ENTENDIMIENTO Y ENTIENDO QUE SI HAY DECLARACIONES FALSAS EMPLEADAS SOBRE ESTA LA SOLICITUD SERÁ MOTIVO DE DESPIDO.

AUTORIZO LA INVESTIGACIÓN DE TODAS LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO Y LAS REFERENCIAS Y EMPLEADORES MENCIONADOS ANTERIORMENTE PARA DARLE TODA Y CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI EMPLEO ANTERIOR Y CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE QUE ELLOS PUEDAN TENER, PERSONAL O DE OTRA ÍNDOLE Y LIBERAR A LA COMPAÑÍA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER DAÑO QUE PUEDA RESULTAR UTILIZACIÓN DE DICHA INFORMACIÓN.

TAMBIÉN ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE NINGÚN REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA TIENE AUTORIDAD PARA FIRMAR UN ACUERDO DE EMPLEO POR UN PERÍODO DE TIEMPO ESPECIFICADO, O PARA HACER CUALQUIER ACUERDO CONTRARIO A LO ANTERIOR, A MENOS QUE SEA POR ESCRITO Y FIRMADO POR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA COMPAÑÍA .

ESTA RENUNCIA NO PERMITE LA LIBERACIÓN O USO DE INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA DISCAPACIDAD DE UNA MANERA PROHIBIDA POR LOS ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES ACTÚAN (ADA) Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES PERTINENTES .”

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

INTERVIEWED BY: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

REMARKS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| HIRED | FOR DEPT. | POSITION | WILL REPORT | SALARY WAGES |
|-------|-----------|----------|-------------|--------------|
|       |           |          |             |              |