



AZTECA MEXICAN RESTAURANTS
 Empleador De Igualdad En El Empleo
Aplicación De Empleo

Nombre _____
 Numero de Seguro Social _____ Teléfono _____
 Dirección _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Posición Deseada _____ Días _____ Noches _____ Fecha de Comienzo _____
 ¿Está Ud. empleado ahora? _____ ¿Podemos hacer preguntas a su empleador? _____
 ¿A su empleador del pasado? _____ ¿Es Ud. elegible para trabajar en los Estados Unidos? _____

Educación y Entrenamiento

	Nombre y Localización de Escuela	Años Completados	¿Se graduó?	Carrera
Escuela Secundaria	_____	_____	_____	_____
Universidad	_____	_____	_____	_____
Entrenamiento Adicional	_____	_____	_____	_____

¿Qué idioma(s) habla Ud. con fluidez? _____
 ¿Qué idioma(s) prefiere Ud. para su entrenamiento? _____

Experiencia De Trabajo

Fechas de Empleo	Nombre de Supervisor/# de teléfono/o Dirección del Empleador	Salario	Posición	Razón de Salida
1. _____	_____	_____	_____ / _____	_____
2. _____	_____	_____	_____ / _____	_____
3. _____	_____	_____	_____ / _____	_____

Referencias Profesionales o de Negocios

(Enliste 2 personas que no sean parientes, que conozcan a Ud. desde hace por lo menos 1 año)

Nombre conocerse	Dirección y # de Teléfono	Negocio	Años de
1. _____	_____ / _____	_____	_____
2. _____	_____ / _____	_____	_____

¿Ha sido Ud. convicto de un crimen en los últimos 10 años que se relacione con el puesto para el cual aplica Ud.? _____
 Si es así, especifiqué detalles y fechas:

 (Un Sí como respuesta no lo excluye de consideración para el empleo)

Mediante la presente afirmo que la información proporcionada en ésta aplicación (y resume acompañante, si hay) es verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento. También estoy de acuerdo que cualquier información falsa u omisiones significantes podrán descalificarme de consideración para un empleo en el futuro y podrá ser considerada como justificación para la destitución de mi empleo si es descubierta con fecha futura. Autorizo una investigación completa de mi empleo y actividades pasadas, y estoy de acuerdo de cooperar en dicha investigación, y de librar de toda obligación o responsabilidad a toda persona y corporación que solicite y ofrezca información. Además autorizo a cualquier médico u hospital de proveer cualquier información que pueda ser necesaria para determinar mi habilidad de desarrollar el empleo del cual me está considerando o de cualquier empleo en el futuro en la ocasión que sea contratado. También estoy de acuerdo de someterme a cualquier examen legal de droga, polígrafo, integridad o habilidad como condición para empleo o continuación del empleo y entiendo que a menos que sea prohibido por la ley, rehusarse a someterse a tal examen durante el curso de mi empleo podrá resultar en acción disciplinaria, incluso la terminación de mi empleo. También estoy de acuerdo de someterme a una revisión de mi persona o área de trabajo que haya sido asignada a mí y también renuncio a cualquier demanda por daños a causa de tal examinación.

Entiendo que mi empleo es terminable-a-voluntad, y que ésta aplicación no es, y no es un intento de ser, un contrato para la continuación del empleo.

Firma: _____ Fecha: _____