



Paisaje de Mayer

3245 Peachtree Parkway

Suwanee Ga 30024

Solicitud de empleo

Información del solicitante

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Ultimo Primero M.I.

Dirección: _____
Dirección de la calle Apartamento/Unidad #

_____ *Ciudad Estado Código postal*

Teléfono: _____
 Correo electrónico _____
 o _____

Fecha disponible: _____ Número de Seguro Social: _____ Salario deseado: \$ _____

Puesto solicitado: _____

- | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> | Si no, ¿está autorizado a trabajar en los Estados Unidos? | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez has trabajado para esta empresa? | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ | | |
| ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave? | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, no lo excluirá. | | |
| ¿Tiene alguna infracción de tráfico en los últimos 3 años? | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, no lo excluirá. | | |
| ¿Tiene una tarjeta médica DOT? | | | | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene algún certificado de Osha? | | | | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |
| ¿Le da permiso a Mayer Landscape para hacer una verificación de fondo y una prueba de drogas? | | | | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |
| ¿Le da a Mayer Landscape su consentimiento para ejecutar su nombre y ss# a través de e-verify para confirmar la autorización para trabajar en los Estados Unidos? | | | | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |

¿Tiene alguna condición de salud preexistente?

Si necesita espacio adicional para escribir, hágalo en la parte posterior de la aplicación.
 SÍ NO En caso afirmativo, explique _____

¿Ha tenido alguna cirugía o procedimiento médico? SÍ NO En caso afirmativo, explique _____

