

SOLICITUD DE EMPLEO

(CUESTIONARIO PREVIO AL EMPLEO)

Es nuestra política promover la igualdad de oportunidades de empleo para todas las personas calificadas, sin distinción de raza, color, credo, sexo, religión, estado civil, edad, nacionalidad o ascendencia, discapacidad física o mental, afección médica, estado de orientación sexual, veterano estado, o cualquier otra categoría protegida por la ley federal o estatal.

Para ser considerado, el origen y

La solicitud firmada debe enviarse en persona o por correo a:



Oficina corporativa de San Marcos
1570 Linda Vista Drive
San Marcos, CA 92078

RESUMEN ADJUNTO? S _____ **No** _____ (En caso afirmativo, engrape a la solicitud)

INFORMACION PERSONAL

FECHA _____

NOMBRE		PRIMERO NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
APELLIDOS					
DOMICILIO				CÓDIGO POSTAL	
CALLE		CIUDAD		ESTADO	
TELEFONO		¿TIENE 18 AÑOS O MÁS?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Está legalmente autorizado para trabajar en los EE. UU.?				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Necesitará ahora o en el futuro el patrocinio de una visa para trabajar en Lusardi Construction?				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

EMPLEO DESEADO

POSICION	¿CUANDO PUEDE EMPEZAR?
¿ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE?	¿SI ES ASÍ, PODEMOS CONTACTAR A SU EMPLEADOR?
¿HA SOLICITADO ANTES TRABAJO EN ESTA EMPRESA?	¿DONDE? ¿CUÁNDO?
REFERIDO POR	

EDUCACION	NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA ESCUELA	NO. DE AÑOS ASISTIDOS	¿SE GRADUO?	TITULO QUE RECIBIÓ
ESCUELA SECUNDARIA				
ESCUELA PREPARATORIA				
UNIVERSIDAD				
ESCUELA TECNICA O CURSOS POR INTERNET				

AVISO DE LA POLÍTICA DE LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE DROGAS DESPUÉS DE LA OFERTA:

La Compañía ha adoptado una Política de lugar de trabajo libre de drogas. Bajo esa Política, el uso de drogas ilegales está prohibido, y cualquier oferta de empleo está condicionada a la finalización exitosa de una prueba de detección de drogas que evalúa el uso actual de drogas ilegales y sustancias controladas. Si recibe una oferta de empleo, no se le permitirá comenzar a trabajar hasta que haya completado con éxito esa prueba. Cualquier oferta de empleo será revocada si (1) no se somete a la prueba o se niega a someterse a la prueba en la fecha, hora y lugar que se le indique, (2) adultere la muestra de prueba o el procedimiento de prueba para alterar los resultados, o (3) dar positivo por el uso actual de drogas ilegales. Al firmar a continuación, acepta someterse y completar una prueba de detección de drogas para el uso actual de drogas ilegales, y renuncia voluntariamente a cualquier derecho de privacidad con respecto a los mismos. Además, autoriza al médico, los técnicos y otros empleados del laboratorio médico, y / o representantes autorizados de la Compañía, a (1) recolectar muestras de sangre, aliento u orina apropiadas para análisis, (2) recolectar información médica relacionada con el uso de drogas ilegales, y (3) divulgar, a los funcionarios apropiados de la Compañía, los resultados de las pruebas y la información médica relacionada con el uso actual de drogas ilegales, y usted libera a la Compañía y a su personal de cualquier responsabilidad asociada con las pruebas y las limitaciones divulgación de los resultados de las pruebas e información médica relacionada con el uso actual de drogas ilegales. Usted comprende y está de acuerdo con la Política de lugar de trabajo libre de drogas, y acepta que cualquier oferta de empleo que pueda recibir, estará condicionada a la finalización satisfactoria de la prueba de detección de drogas.

Fecha: _____

Firma: _____

(CONTINÚA EN OTRO LADO)

INFORMACIÓN GENERAL

HABILIDADES O LICENCIAS ESPECIALES:

ACTIVIDADES EXTERIORES (Opcional):

EXPERIENCIA EN INGENIERÍA Y / O GESTIÓN DE PROYECTOSDESCRIBA SU EXPERIENCIA EN INGENIERÍA Y / O GESTIÓN DE PROYECTOS:

EXPERIENCIA EN CONSTRUCCIÓN DE CAMPO (Si solicita un puesto de campo)

¿AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE CONSTRUCCIÓN PARA EL QUE ESTÁ SOLICITANDO? _____

¿TIENE EXPERIENCIA EN CONSTRUCCIÓN TILT-UP? SÍ _____ NO _____ ¿CUÁNTOS AÑOS? _____

¿QUÉ EXPERIENCIA TIENE TRABAJANDO CON CONCRETO? _____

¿TIENE EXPERIENCIA EN LIDERAZGO? (Persona principal, capataz, etc.) SÍ _____ NO _____

¿CUÁNTOS AÑOS? _____

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", DESCRIBA: _____

LISTE EL EQUIPO DE CONSTRUCCIÓN QUE SABE OPERAR: _____

INDIQUE SUS HABILIDADES DE CONSTRUCCIÓN: _____

EX EMPLEADOS

INDIQUE ABAJO LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEADORES, EMPEZANDO CON EL ÚLTIMO PRIMERO. ADJUNTE EL CV, SI ESTÁ DISPONIBLE.

FECHA MES Y AÑO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (INCLUYE SUPERVISOR Y NÚMERO DE TELÉFONO)	POSICIÓN	RAZÓN POR LA QUE SE FUE
DESDE A			
DESDE A			
DESDE A			

¿CUÁL DE ESTOS TRABAJOS LE GUSTÓ MÁS? _____

¿QUÉ FUE LO QUE MAS LE GUSTÓ DE ESTE TRABAJO? _____

REFERENCIAS

DÉ LOS NOMBRES DE DOS PERSONAS, NO RELACIONADAS CON USTED, A LAS QUE HA CONOCIDO AL MENOS UNO AÑO.

NOMBRE	DOMICILIO	NEGOCIO	AÑOS DE CONOCERSE
1.			
2.			

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE:

NOMBRE

DOMICILIO

TELÉFONO

AUTORIZO A LA COMPAÑÍA PARA CONTACTAR CON MIS EX EMPLEADORES Y REFERENCIAS PARA BUSCAR CONFIRMACIÓN DE MI PASADO EMPLEO Y CARÁCTER. CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ENVIADA POR MÍ EN ESTA APLICACIÓN ES VERDADERA Y COMPLETA, Y ENTIENDO QUE SI SE DESCUBRE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, OMISIONES O FALSAS REPRESENTACIONES, MI SOLICITUD PUEDE SER RECHAZADA Y, SI ESTOY EMPLEADO, PUEDO SER DESPEDIDO.

EN CONSIDERACIÓN DE MI EMPLEO, ACEPTO CUMPLIR CON LAS REGLAS Y REGLAMENTOS DE LA COMPAÑÍA, Y ACEPTO QUE MI EMPLEO Y COMPENSACIÓN PUEDEN TERMINARSE, CON O SIN CAUSA, Y CON O SIN AVISO, EN CUALQUIER MOMENTO, YA SEA MÍ OPCIÓN O DE LA COMPAÑÍA. TAMBIÉN ENTIENDO Y ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE MI EMPLEO PUEDEN SER MODIFICADOS, CON O SIN CAUSA, Y CON O SIN AVISO, EN CUALQUIER MOMENTO POR LA COMPAÑÍA. ENTIENDO QUE NINGÚN REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA, EXCEPTO SU PRESIDENTE, Y ENTONCES SOLAMENTE CUANDO ESCRITO Y FIRMADO POR EL PRESIDENTE, TIENE NINGUNA AUTORIDAD PARA TENER ALGÚN ACUERDO DE EMPLEO POR CUALQUIER PERÍODO DE TIEMPO ESPECÍFICO, O PARA HACER ALGÚN ACUERDO CONTRARIO A ESTE.

ENTIENDO QUE ESTA SOLICITUD SE CONSIDERA ACTIVA SOLO POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA MOSTRADA..

FECHA _____

FIRMA _____

NOMBRE _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LUSARDI

DEPARTAMENTO

SALARIO/SUELDO

REPORTE

CONTRATADO: SÍ: NO:

POSICIÓN:

DEPT.

FECHA:

ENCUESTA CONFIDENCIAL-VOLUNTARIA DEL SOLICITANTE

Estimado solicitante:

La ley federal requiere que la Compañía Lusardi Construction rastree cierta información sobre los solicitantes de empleo, incluyendo el sexo, la raza y el estado de veterano del solicitante. De acuerdo con su compromiso como empleador que ofrece igualdad de oportunidades, Lusardi invita a los solicitantes a proporcionar voluntariamente esta información.

- Esta encuesta es VOLUNTARIA y su decisión de no participar no dará lugar a ningún tratamiento adverso en su contra, ni la información que proporcione se utilizará en su contra de ninguna manera. Si no desea participar, puede escribir su nombre a continuación y marcar la casilla correspondiente en la Pregunta 1.
- Es política de Lusardi promover la igualdad de oportunidades de empleo para todas las personas calificadas, sin distinción de raza, color, credo, sexo, religión, estado civil, edad, nacionalidad o ascendencia, discapacidad física o mental, condición médica, orientación sexual, condición de veterano, o cualquier otra consideración considerada ilegal por las leyes federales, estatales o locales.
- La información obtenida se mantendrá confidencial y solo podrá usarse de acuerdo con las disposiciones de las leyes, órdenes ejecutivas y reglamentos aplicables.

Fecha de aplicación: _____

Nombre del solicitante: _____

Puesto de trabajo solicitado : _____

1. Prefiero no participar en esta encuesta.
2. Soy
 - Hombre
 - Mujer
 - Negarse a contestar.
3. ¿Cuál de las siguientes te describe mejor? (elige solo uno)
 - Blanco
 - Hispano / Latino
 - Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 - Afroamericano
 - Asiático
 - Indio americano / nativo de Alaska
 - Dos o más razas
 - Negarse a contestar
4. Soy un: (marque todo lo que corresponda)
 - Veterano (rama _____, Fecha de liberación _____)
 - Veterano discapacitado
 - Veterano que sirvió en servicio activo durante la guerra
 - Veterano que recibió una insignia de campaña
 - Medalla de servicio de las fuerzas armadas veterano

Autoidentificación voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305
Página 1 de 1

El número de control de OMB 1250-0005
Expira el 31/05/2023

Nombre: _____
ID de empleado: _____
(si es aplicable)

Fecha: _____

¿Por qué se le pide que complete este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal requerido por ley para brindar igualdad de oportunidades de empleo a personas calificadas con discapacidades. También estamos obligados a medir nuestro progreso para que al menos el 7% de nuestra fuerza laboral sean personas con discapacidades. Para hacer esto, debemos preguntar a los solicitantes y empleados si tienen una discapacidad o alguna vez la han tenido. Debido a que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, les pedimos a todos nuestros empleados que actualicen su información al menos cada cinco años.

Identificarse como una persona con una discapacidad es voluntario y esperamos que elija hacerlo. Su respuesta se mantendrá en forma confidencial y no será vista por funcionarios de selección o cualquier otra persona involucrada en la toma de decisiones de personal. Completar el formulario no lo afectará negativamente de ninguna manera, independientemente de si se ha identificado a sí mismo en el pasado. Para obtener más información sobre este formulario o las obligaciones laborales equitativas de los contratistas federales en virtud de la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo saber si tiene una discapacidad?

Se considera que tiene una discapacidad si tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene historial o antecedentes de dicho impedimento o condición médica. Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Autismo
- Trastorno autoinmune, por ejemplo: lupus, fibromialgia, artritis reumatoide o HIV/SIDA
- Ceguera o visión deficiente
- Cáncer
- Cardiovascular o enfermedades del corazón
- Enfermedad celiaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o problemas de audición
- Depresión o ansiedad
- Diabetes
- Epilepsia
- Trastornos gastrointestinales, por ejemplo: enfermedad de Crohn o síndrome de intestino irritable
- Discapacidad intelectual
- Falta parcial o total de alguna extremidad
- Condición del sistema nervioso, por ejemplo: migraña, Mal de Parkinson o Esclerosis Múltiple
- Condición psiquiátrica, por ejemplo: desorden bipolar o esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático

Marque una de las casillas siguientes:

- Sí, tengo una discapacidad o tengo historial / registro de tener una discapacidad
 No, no tengo una discapacidad, ni un historial /registro de tener una discapacidad
 No deseo responder

AVISO DE TIEMPO ESTIMADO: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería tardar unos 5 minutos en completarse.

Para uso exclusivo de la empresa

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario según sea necesario para fines de mantenimiento de registros.

Por ejemplo:

Título profesional: _____

Fecha de contratación: _____