

CARLUCCI

TRANSPORT

APLICACION DE CONDUCTOR

MAILING: **PO BOX 96**
 FIREBAUGH, CA 93622

PHYSICAL: **1487 13TH STREET**
 FIREBAUGH, CA 93622

PHONE: **559.659.3981**

TOLL FREE: **800.334.7030**

FAX: **559.659.3417**

EMAIL: **info@carluccitransport.com**

APLICACIÓN DE EMPLEO PARA EL CONDUCTOR

(contesta las preguntas - letra de molde)

En cumplimiento con el Estado Federal y Estatal las reglas de oportunidades iguales, todos los aplicantes calificados serán considerados para todas las posiciones sin que tenga que ver raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, estado civil, o trabajos relacionados con discapacidad..

Fecha de hoy _____
Posición que estas Aplicando _____
Nombre _____ Seguro Social. _____
Apellido Primer Medio

Escribe tus Direcciones de casa por los pasados 3 años.

Direccion Actual _____
Calle Ciudad
Estado Zona Postal Teléfono _____ Cuanto Tiempo? _____

Direccion Anterior _____ Cuanto Tiempo? _____
Calle Ciudad Estado & Zona Postal
Calle Ciudad Estado & Zona Postal Cuanto Tiempo? _____
Calle Ciudad Estado & Zona Postal Cuanto Tiempo? _____

Tienes derecho legal para trabajar en Estados Unidos? _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Puedes comprobar tu edad? _____

(Requerido para Conductores Comerciales)

Has trabajado para esta compañía antes? _____ Donde? _____

Fechas: De _____ Hasta _____ Pago _____ Posicion _____

Razón porque te fuiste _____

Estas Trabajando? _____ Si no, desde cuando dejaste de trabajar? _____

Quien te refirió? _____ Pago que esperas _____

Hay alguna razón por la cual usted no pueda desempeñar las funciones de trabajo al que está aplicando (como se describe en la posición de trabajo)?

Si responde si, explique si desea. _____

EXPERIENCIA DE TRABAJO

Todos los choferes aplicando para manejar interestatal comercial deben de proveer con los siguiente datos, proveer fechas, dirección, ciudad, estado, zona postal por los últimos 3 años.

Todos los choferes que manejan un vehículo comercial deben de proveer 7 años adicionales de empleadores por los cuales trabajaron como choferes.

(Lista de empleadores comenzando por el más reciente de ser necesario agregue otra hoja.)

Nombre de Empleador			Fecha			
Nombre			Desde Mes	Año	Hasta Mes	Año
Domicilio			Posición			
Ciudad	Estado	Zona Postal	Salario			
Supervisor			Teléfono			
			Razón de Partida			

Nombre de Empleador			Fecha			
Nombre			Desde Mes	Año	Hasta Mes	Año
Domicilio			Posición			
Ciudad	Estado	Zona Postal	Salario			
Supervisor			Teléfono			
			Razón de Partida			

Nombre de Empleador			Fecha			
Nombre			Desde Mes	Año	Hasta Mes	Año
Domicilio			Posición			
Ciudad	Estado	Zona Postal	Salario			
Supervisor			Teléfono			
			Razón de Partida			

Nombre de Empleador			Fecha			
Nombre			Desde Mes	Año	Hasta Me	Año
Domicilio			Posición			
Ciudad	Estado	Zona Postal	Salario			
Supervisor			Teléfono			
			Razón de Partida			

Nombre de Empleador			Fecha			
Nombre			Desde Mes	Año	Hasta Mes	Año
Domicilio			Posición			
Ciudad	Estado	Zona Postal	Salario			
Supervisor			Teléfono			
			Razón de Partida			

Nombre de Empleador			Fecha			
Nombre			Desde Mes	Año	Hasta Mes	Año
Domicilio			Posición			
Ciudad	Estado	Zona Postal	Salario			

Supervisor

Teléfono

Razón de Partida

RECORD DE ACCIDENTES EN LOS PASADOS 3 ANOS O MAS (AGREGUE OTRA HOJA SI ES NECESARIO) SI NO, ESCRIBA NINGUNO

FECHAS	MOTIVO DE ACCIDENTE (FRENTE, POR-DETRAS, ETC.)	FATALIDADES	LASTIMADURAS
ULTIMO ACCIDENTE			
SIGUIENTE			
SIGUIENTE			

CONVICIONES DE TRAFICO EN LOS PASADOS 3 ANOS (APARTE DE VILACIONES DE TRAFICO) SI NINGUNA, ESCRIBA NADA

LOCACION	FECHAS	CARGOS	PENALIDAD

(AGREGUE OTRA HOJA SI ES NECESARIO)

EDUCACION

CIRCULE EL GRADO MAS ALTO COMPLETADO: 1 2 3 4 5 6 7 8

SECUNDARIA: 1 2 3 4

COLEGIO: 1 2 3 4

ULTIMA ESCUELA QUE ATENDIO _____

(NOMBRE)

(CIUDAD)

EXPERIENCIA Y CALIFICACION - CONDUCTOR

LICENCIAS	ESTADO	NO DE LICENCIA	TIPO	FECHA DE VENCIMIENTO
CONDUCTOR				

A. Alguna vez te han negado la licencia, permiso o privilegio de manejar un vehículo?

Si _____ No _____

B. Alguna licencia, permiso o privilegio alguna vez ha sido suspendida o rechazada?

Si _____ No _____

SI LA RESPUESTA PARA LA A O B FUE SI, AGREGUE UNA HOJA Y EXPLIQUE DETALLADAMENTE.

EXPERIENCIA DE MANEJO SI NINGUNA, ESCRIBA NADA

CLASE DE EQUIPO	TIPO DE EQUIPO (VAN, TANKES, PLANO, ETC.)	FECHAS		APPROX. NO DE MILLAS (TOTAL)
		DE	HASTA	
TROQUE				
TROQUE Y TRAILA				
TROQUE Y DOS TRAILAS				
AUTOBUS - AUTOBUS DE ESCUALA				
OTRO				

ESCRIBA LOS ESTADOS QUE HA MANEJADO EN LOS PASADOS 5 ANOS _____

CURSOS ESPECIALES O ENTRENAMIENTO QUE TE AYUDAN COMO CONDUCTOR: _____

QUE CERTIFICADOS DE CONDUCTOR SEGURO TIENES Y DE QUIEN? _____

EXPERIENCIA Y CALIFICACIONES - Y OTRAS

Escriba cualquier experiencia como chofer que le pueda ayudar para trabajar en esta compañía.

Escriba cursos o entrenamientos aparte de lo que ya menciono en la aplicación.

Escriba maquinaria especial o material técnico que pueda trabajar (APARTE DE LOS QUE YA MENSIONO)

LEER Y FIRMAR POR EL APLICANTE

Esto certifica que esta aplicación fue llenada por mí, y todo lo que está aquí es correcto y cierto.

Yo les autorizo hacer investigaciones personales, financieros, historial médico o de empleo o cualquier otro dato personal necesario en relación de al tomar una decisión para el empleo. Yo doy permiso a todas las escuelas, y clínicas medicas de dar cualquier información personal sobre mí en conexión a mi aplicación.

En el evento de empleo o entrevista yo entiendo que cualquier información falsa dada por mi resulte que la compañía se niegue a darme el empleo.

_____ FECHA

_____ FIRMA

(THIS SECTION FOR EMPLOYER ONLY)

APPLICANT HIRED _____

REJECTED _____

DATE EMPLOYED _____

POINT EMPLOYED _____

DEPARTMENT _____
(IF REJECTED, SUMMARY REPORT OF REASONS SHOULD BE PLACED IN FILE)

CLASSIFICATION _____

THIS SECTION TO BE FILLED IN BY RESPONSIBLE OFFICE OR COMPANY REPRESENTATIVE

	SUPERIOR	GOOD	FAIR	BELOW AVERAGE	POOR	WRITTEN RECORD ON FILE
1. APPLICATION						
2. INTERVIEW						
3. PAST EMPLOYMENT						
4. WRITTEN EXAM						
5. ROAD TEST						
6. CRIMINAL AND TRAFFIC CONVICTIONS						

SIGNATURE OF INTERVIEWING OFFICER _____

TERMINATION OF EMPLOYMENT

DATE TERMINATED _____ DEPARTMENT RELEASED FROM _____

DISMISSED _____ VOLUNTARILY QUIT _____ OTHER _____

TERMINATION REPORT PLACE IN FILE _____ SUPERVISOR _____

RELEASE & VERIFICATION OF PREVIOUS DRUG PROGRAM PARTICIPATION

PART 1 - To be completed by employee/applicant

In accordance with Parts 40.25, 382.301(c), 382.405(f) and 382.413 of Title 49, Code of Federal Regulations, I hereby authorize _____ to release to _____

(Company Name of Previous Employer)

PERSONNEL MANAGER
(Company Representative)

at CARLUCCI TRANSPORT
(Company Name of Prospective Employer)

P.O. BOX 96
(Address)

FIREBAUGH, CA 93622
(City/State/Zip)

(559) 659-3981
(Telephone)

(559) 659-3417
(Fax)

information on my drug and alcohol testing program participation; results of any positive controlled substance tests; results of any alcohol tests with a result of .04 or greater; evidence of refusals to be tested (including verified adulterated or substituted drug test results); and information on any required substance abuse professional (SAP) evaluation, determination of need for assistance, and compliance with SAP requirements or recommendations for the preceding two years, or such lesser period if applicable. I request that you release this information immediately.

Dated this _____ day of _____, 20_____.

Name of employee/applicant: _____

Signature of employee/applicant: _____

SS No. of employee/applicant: _____ - _____ - _____ Witness: _____

PART 2 - To be completed by previous employer

1. Did the employee participate in a drug and alcohol testing program that complies in all respects with DOT regulations set forth in Parts 40 and 382 of Title 49, Code of Federal Regulations?

Yes (Dates of Participation) from _____ to _____ No

If your answer was YES, please provide the following information:

Name of qualified drug testing program: _____

Address of qualified drug testing program: _____

Telephone number of qualified drug testing program: _____

2. What date was the employee last tested for controlled substances (drugs)? _____

What was the result of that test? Negative Positive (please supply copy of test results)

3. What date was the employee last tested for alcohol? _____

What was the result of that test? Negative Positive (please supply copy of test results)

4. Did the employee participate in a random controlled substance testing program?

Yes (Dates of Participation) from _____ to _____ No

REQUEST FOR INFORMATION FROM PREVIOUS EMPLOYER

I hereby authorize you to release the following information to

_____ for the purpose of investigation
(Prospective Employer)

as required by Section 391.23 and allowed by Section 383.35 of the Federal Motor Carrier Safety Regulations. You are released from any and all liability which may result from furnishing such information.

Date _____ Applicant's Signature _____

MAIL TO:

PROSPECTIVE EMPLOYER:

CARLUCCI TRANSPORT

PO BOX 96

FIREBAUGH, CA 93622

Telephone No. (559) 659-3981

Fax No. (559) 659-3417

Dear Sir/Madam:

The below named individual has made application to this company for a position as truck driver
_____ and states that he/she was employed by you as _____
_____ from _____ to _____.

We appreciate your time in completing, in confidence, the information requested below. Enclosed is a business reply envelope for your convenience. Thank you for your courtesy.

Sincerely,

Name of Applicant: _____ Social Security No. _____

1. Employed from _____ to _____ as _____ at wage or salary
of _____.

2. Did he/she drive motor vehicle for you? _____ Straight Truck? _____
Tractor-Semitrailer? _____ Bus _____ Other (Specify) _____

3. Was he/she a safe and efficient driver? _____

4. Reason for leaving your employ: Discharged _____ Resignation _____ Lay Off _____
Military Duty _____

5. Was his/her general conduct satisfactory? _____

6. Please advise history of past driving record if available for past three years: _____

