

**2000 El Indio HWY**

**EAGLE PASS, TX 78852**

**Conductor Aplicando: Chofer compania\_\_\_\_ Owner Operator \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_ Tiempo Completo\_\_\_**

**NINGUN SOLICITANTE SER PROCESADO A MENOS QUE SE COMPLETE EN SU TOTALIDAD!!!!!!!**

Fecha: x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Tel x (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Medio Apellido

Domicilio

x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Otro

Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ultimos 3 anos) Numero Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Numer de Seguro Social Numero de Licencia / Estado Expiracion de Licencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimientox\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Nacido Cuidad:x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notificar en caso de Emergencia: Domicilio # de Tel

x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para ser Leido y Firmado por el Solicitante:

Le autorizo a realizer tales inviestigaciones e investigaciones de mi historial personal, laboral, financier o medico y de otros asuntos relacionados que sean necesarios para llegar a una decision de empleo. (en general, las consultas relativss a la historia clinica solo se haran si y despues de una oferta condicional de empleo se ha ampliado.) Por lo presente libero a los empleadores, escuelas, proovedores de salud y otras personas de la responsabilidad de responder a las preguntas y divulger informacion relacionada con mi solicitud. En caso de empleo, entiendo que la informacion falsa o enganosa dada en mi solicitud dada en mi solicitud o entrevistas puede resultar en la descargo. Entiendo, Tambien que la informacion que proveo sobre los patrones actuals y o anteriores puede ser utilizada y esos empleador (s) seran contactados para el proposito de investigar mi historial de funcionamiento de la seguridad segun lo requerido por 49 CFR 391.23 (d) y (e). Entiendo que tengo derecho de:

* Revision de la informacion proporcionada por los empleadores anteriores.
* Tienen errores en la informacion correjida por los empleadores anteriores y para empleadores anteriores para Volver la informacion corregida.
* Declaracion de refutacion de ave adjunta a la presunta informacion erronea. Si el empleador(S) anterior(es) y no puedo estar de acuerdo en la exactitude de la informacion

Firma: x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_