

# The Morning Star Trucking Company

## Aplicación de Conductor

PARA USO DE LA OFICINA:

1/06

POR FAVOR EN REGRESAR DENTRO  
DE 15 DIAS DE RECIBO.

App. Sent: \_\_\_\_\_

App. Rec.: \_\_\_\_\_

Int. Date: \_\_\_\_\_

Accepted (Y or N): \_\_\_\_\_

Permit Date: \_\_\_\_\_

Prev. Tom. Exp?: \_\_\_\_\_

Bounty? \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Primer I.M.

Domicilio \_\_\_\_\_  
Numero y Calle #Apt. Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Numero Alterno \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Numero de Licencia del Conductor y (Estado) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Dirección de su E-mail: \_\_\_\_\_ Numero De Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿Como descubrió usted este trabajo? (Sea por favor MUY específico: Darnos el nombre de su amigo, nombre del periódico, nombre y lugar de la escuela de camiones, lugar del centro de trabajos, etc.)

¿Puede usted físicamente realizar los deberes del trabajo el cual usted esta solicitando? \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted condenado por un crimen? \_\_\_\_\_ Si responde si, por favor explicar brevemente y dar la fecha de la convicción: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a aplicado con una de estas compañías: Morning Star Trucking, Morning Star Packing, Liberty Packing, Lucero Farms, Cal Sun Harvesting or Cal Fruit? Si responde si, cuando y con qual compania: \_\_\_\_\_

¿Esta usted disponible para trabajar el periodo entero a partir de Julio a Octubre? \_\_\_\_\_

Educación: Colegió \_\_\_\_ años Universidad \_\_\_\_ años GPA  
(Promedio de Puntos de Grado) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier tipo de experiencia en conducir que usted tenga, incluyendo el tipo de equipo y duración de tiempo:

Enumere brevemente algunas otras tareas/fortalezas que pertenezcan a este tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuales son sus metas en la vida, y como le ayudaría este trabajo en alcanzar esas metas? \_\_\_\_\_

Describe algunas de sus pasa tiempos: \_\_\_\_\_

Porque esta interesado en aplicar con nosotros? \_\_\_\_\_

¿Ha usted probado positivo en cualquier investigación de la droga en el plazo de los 2 años pasados? \_\_\_\_\_

EXPERIENCIAS Y QUALIFICACIONES-CHOFER (adhiera otra hoja, si se necesita mas espacio)

**LICENCIA**

LICENCIA DE CONducIR	Estado	Numero De Licencia	Tipo	Fecha De Vencimiento

A. Se le ha sido negada su licencia, permiso, o privilegio de conducir un automóvil?  SI  NO

B. Se la ha sido suspendido o revocado su licencia, permiso, o privilegio de conducir un automóvil?  SI  NO

Si su respuesta fue <SI> en alguna pregunta, por favor índice los detalles: \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA DE CONducIR**

Clase De Equipaje	Tipo de Equipaje (Van, Tanque, plano, Etc.)	Empiezo	Termino	El Numero (Total) Aproximadamente de Millas corridas:
Camion				
Camion y Semi				
Camion y Dobles				
Otro Tipo				

**RECORD DE ACCIDENTE DE LOS 3 AÑOS O MAS ANTERIORES**

Fecha	Clase De Accidente (Por Detrás, volteo, Etc.)	Fatalidades	Daños Humanos

**CONVICIONES DE TRAFFICO DE LOS 3 AÑOS O MAS ANTERIORES (APARTE DE ESTACIONAMIENTO)**

Locación	Fecha	Cargos	Penalidades

**EXPERIENCIA DE TRABAJO**

Enumere toda la experiencia de trabajo de los tres años pasados y toda la experiencia al Conducir en el Comercio en los diez años pasados.

**Dar cuenta de cualquier interrupción de trabajo.** Añadir hojas adicionales si es necesario.

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

Número y Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Supervisor:** \_\_\_\_\_

**Posición:** \_\_\_\_\_ **Empleado desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**Tareas:** \_\_\_\_\_

**Razón de partir:** \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's?  SI  NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40?  SI  NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's?  SI  NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40?  SI  NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's?  SI  NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40?  SI  NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's?  SI  NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40?  SI  NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's?  SI  NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40?  SI  NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Empleado desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Razón de partir: \_\_\_\_\_

¿Es sujetó a FMCSR's? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO ¿Es sujeto a los exámenes requeridos de droga/alcohol por 49 CFR Parte 40? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO

***Para ser leído y firmado por la persona nombrada en esta aplicación:***

“Esto certifica esta aplicación fue completada por mi, y todas sus respuestas en ella y la información es verdadera y esta completa al mejor de mi conocimiento.”

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Nota: Un transportista de motores puede requerir a un aspirante proporcionar información adicional a la información requerida por las Regulaciones Federales de la Seguridad del Transportista de Motores.*