

3 B's FORESTRY, INC.

TRABAJO AGRICOLA Y FORESTAL

527 Putnam Street
Medford, OR 97501
(541) 770-5210

Fecha: _____

Nombre: _____
(como aparece en su seguro social)

Telefono: _____ Seguro Social: _____

Direccion Presente: _____
(# calle) (ciudad) (estado) (codigo postal)

Direccion Permanente: _____
(si es diferente que el de arriba)

.....
Has aplicado o trabajado para 3 B's FORESTRY, INC. antes? _____

Si contesta que si, cuando? _____

Cuantos Años de experiencia tiene? _____

Experiencia antepasada _____

Tienes por lo menos 18 años de edad? Si No

Si contratado puedes presentar evidencia de tu ciudadanía o pruebas de tu derecho de vivir y trabajar en este país? Si No _____

Tienes limitaciones en tu habilidad de hacer tus deberes del trabajo al cual estas aplicando?

Si No

Si contestaste que si, describe las condiciones de sus limitaciones. _____

Has obtenido habilidades especiales de haber estado en el servicio military?

Si No

Si contesta que si, describalo. _____

En caso de emergencia, notificamos a _____

STATE CONTRACTORS LIC. # 11562 & 11563

Form E-1 (Rev. 03/14/08) Page 1

3 B's FORESTRY, INC.

TRABAJO AGRICOLA Y FORESTAL

NOTA

PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE 3B's FORESTRY, INC.

La compañía 3 B's FORESTRY, INC. se honra en proporcionar a sus empleados con un lugar de empleo libre de drogas.

Esta prohibido que los empleado se embolucen en la manufactura, distribución, posesión, o uso de sustancias controladas.

Cualquier empliado que viole esta estipulación, sera despedido de el empleo. Habra consecuencias inmediatas para cualquier persona que viole esta regal.

.....

COMO REQUISITO PARA PERMANECER EMPLEADO IN ESTA COMPANIA TODOS LOS EMPLEADOS DEBERAN:

1. Obedecer los antes mencionados.
2. Notificarnos por escrito, si ha tenido alguna violación relacionada con drogas en el lugar de trabajo.

CUALQUIER EMPLEADO QUE VIOLE ESTA ESTUPULACION Y COMETA ALGUNA VIOLACION RELACIONADA CON DROGAS EN EL LUGAR DE TRABAJO SERA SUJETO A:

1. Las medidas necesarias incluyendo terminación.
2. Se va requerir que participe en un programa de rehabilitación, anti-droga. El programa deberá ser aprobado por una agencia federal, estatal, departamento de salud local, o por alguna agencia apropiada.

.....

YO COMPRENDO LOS REQUISITOS MENCIONADOS PARA UN LUGAR DE EMPLEO LIBRE DE SUBTANCIS ILEGALES (DROGAS).

FIRMA

FECHA

STATE CONTRACTORS LIC. #11562 & 11563

Form E-1 (Rev. 03/14/08) Page 2