



SOLICITUD DE EMPLEO PARA POSICIONES REGULADAS POR EL DOT

Nombre: _____ **# de Seguro Social:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Direcciones de los últimos 3 años

# y calle	(dirección actual)	Ciudad	Estado	Código Postal
# y calle		Ciudad	Estado	Código Postal
# y calle		Ciudad	Estado	Código Postal

Proporcione su licencia de operador de vehículo motorizado vigente o información de permiso.

Estado _____ #de licencia _____ Fecha de Vencimiento _____ Clase _____ Endosos _____

Indique el estado y el número de licencia para cualquier otra licencia de conducir que haya tenido en los tres (3) años anteriores.

1. Estado _____ # De Licencia _____ Fecha De Vencimiento _____
2. Estado _____ # De Licencia _____ Fecha De Vencimiento _____

¿Cuándo le emitieron su primera licencia de conducir comercial? _____

¿Cuándo fue su primer año de empleo que requirió que usara una licencia CDL? _____ (Fecha)

Infracciones de vehículos motorizados (que no sean estacionamiento) que resulten en condena, fianza o confiscación de garantía (3 años antes de la fecha de solicitud)

1. _____
2. _____
3. _____

Indique en detalle todos los hechos y circunstancias de cualquier denegación, revocación o suspensión de cualquier licencia, permiso o privilegio para operar un vehículo motorizado. Debe poner sus iniciales abajo si "ninguno" o "N / A" respondió arriba.

 _____ No se ha producido ninguna denegación, revocación o suspensión.
 (iniciales)

Historial de accidentes de vehículos (3 años antes de la fecha de solicitud)

1.	Fecha	Naturaleza del Accidente	Muertes?(Si/No)	Lesiones?(Si/No)
2.	Fecha	Naturaleza del Accidente	Muertes?(Si/No)	Lesiones?(Si/No)
3.	Fecha	Naturaleza del Accidente	Muertes?(Si/No)	Lesiones?(Si/No)

3 años anteriores de historial laboral, si trabaja por cuenta propia, indique el nombre de comercial registrado.

1. _____
Empleador Dirección Fechas(De-A) Razón de Salida
Título: _____ Este trabajo estaba regulado por DOT? Si ___ No ___
El trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad para las pruebas de alcohol y sustancias controladas del USDOT? Si ___ No ___

2. _____
Empleador Dirección Fechas(De-A) Razón de Salida
Título : _____ Este trabajo estaba regulado por DOT? Si ___ No ___
El trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad para las pruebas de alcohol y sustancias controladas del USDOT? Si ___ No ___

3. _____
Empleador Dirección Fechas(De-A) Razón de Salida
Título: _____ Este trabajo estaba regulado por DOT? Si ___ No ___
El trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad para las pruebas de alcohol y sustancias controladas del USDOT? Si ___ No ___

Calificación física del empleador: De conformidad con 49 CFR Sección 391.41, responda las siguientes preguntas:

1) ¿Tiene una condición que requiere una exención médico un certificado de evaluación del desempeño de habilidades?

Seleccione una Si No

2) Si marcó SÍ en la pregunta 1. Proporcione un:

Marque las casillas que correspondan Exención emitida por el estado Exención emitida por gobierno federal
 SPE Certificado

Declaración del empleado sobre drogas y alcohol: De conformidad con las secciones 391.23 y 40.25 del 49 CFR, responda las siguientes preguntas:

1) Alguna vez dio positivo, o se negó a realizar alguna prueba de drogas o alcohol administrada bajo las reglas de pruebas de drogas o alcohol de la agencia DOT durante los últimos 3 años.

Seleccione una Si No

2) Alguna vez dio positivo o se negó a realizar una prueba de drogas o alcohol antes del empleo administrada por un empleador para el que solicitó, pero no obtuvo trabajo de transporte sensible a la seguridad cubierto por las pruebas de drogas y alcohol de la agencia DOT. Reglas durante los últimos 2 años?

Seleccione una Si No

3) Si respondió SÍ a alguna de las preguntas de arriba, puede proporcionar u obtener una prueba de que tiene?

Marque todo lo que corresponda

- A sido evaluado y autorizado para realizar funciones sensibles a la seguridad de DOT por un SAP?
 Completó con éxito los requisitos de prueba de regreso al servicio del DOT?
 Completó con éxito los requisitos de las pruebas de seguimiento del DOT?

Esto certifica que esta solicitud fue completada por mi y que toda la información que contiene es verdadera y correcta.

También entiendo que la información proporcionada en esta solicitud puede ser utilizada. Los empleadores pueden ser contactados según lo requieran las regulaciones federales de seguridad de autotransportistas de conformidad con los párrafos 391.23 (d) y (e).

Soy consciente de que tengo derecho a solicitar por escrito acceso para revisar o corregir cualquier información de investigación errónea, proporcionada por algún empleador anterior.

Fecha

Firma de Solicitante