

APPLICATION FOR EMPLOYMENT

PRE-EMPLOYMENT QUESTIONNAIRE
EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

PERSONAL INFORMATION

DATE _____

NAME (LAST NAME FIRST)		SOCIAL SECURITY NUMBER _____	
PRESENT ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
PERMANENT ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
PHONE NO. ()	REFERRED BY		

EMPLOYMENT DESIRED

POSITION	DATE YOU CAN START	SALARY DESIRED
ARE YOU EMPLOYED NOW <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF SO, MAY WE INQUIRE OF YOUR PRESENT EMPLOYER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ARE YOU LEGALLY AUTHORIZED TO WORK IN THE US <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
EVER APPLIED TO THIS COMPANY BEFORE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WHERE	WHEN

EDUCATION HISTORY

	NAME & LOCATION OF SCHOOL	YEARS ATTENDED	DID YOU GRADUATE	SUBJECTS STUDIED
HIGH SCHOOL				
COLLEGE				
TRADE, BUSINESS OR CORRESPONDENCE SCHOOL				

GENERAL INFORMATION

SUBJECTS OF SPECIAL STUDY / RESEARCH WORK	
SPECIAL TRAINING	
SPECIAL SKILLS	
U.S. MILITARY OR NAVAL SERVICE	RANK

FORMER EMPLOYERS (LIST BELOW LAST FOUR EMPLOYERS, STARTING WITH LAST ONE FIRST)

DATE MONTH AND YEAR	NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER	SALARY	POSITION	REASON FOR LEAVING
FROM				
TO				
FROM				
TO				
FROM				
TO				
FROM				
TO				

Amplex Wholesale Nursery

AUTHORIZATION TO CONDUCT BACKGROUND INVESTIGATION

I State that the information I have provided to Amplex with the regards to my seeking employment is true and complete. I understand that any false statement made in this regard will result in my not being offered employment or in termination of employment. I further understand that this authorization is not and is not intended to be a contract of employment, nor does this authorization obligate Amplex in any way if it determines not to employ/retain me.

I hereby authorize Amplex or any of it's agents to make an inquiry into my personal history, education, employment, driving records and criminal history through any investigative agencies. Amplex may request such reports for any purpose it deems appropriate, including, but not limited to, inquires permitted by law.

Date: _____

Name of Applicant

Signature of Applicant

Social Security Number

Drivers License Number

State

Cuarto de niños Al por mayor De Amplex

AUTORIZACION DE CONDUCIR LA INVESTIGACION DEL FONDO

Indico que la informacion que he proporcionado a Amplex con el respeto a mi empleo el buscar es verdad y completo. Entiendo que cualquier declaracion falsa hecha en este respeto dara lugar en mi que no es ofrecido el empleo o a la terminacion de mi empleo. Entiendo mas lejos que esta autorizacion no es y no esta pensada ser un contrato del empleo, ni esta autorizacion obliga Amplex de cualquier manera si me determina no a employ/retain.

Autorizo por este medio Amplex o cualquiera de sus agentes a hacer una investigacion en mi historia personal, educacion, empleo, conduciendo expedientes e historia criminal a traves de cualquier agencia investigadora. Amplex puede solicitar tales informes para cualquier proposito que juzgue apropiado, incluyendo, pero no limitado a, las investigaciones permitidas por la ley.

Fecha: _____

Nombre De la Impresion

Firma

Numero De la Seguridad Social

Licencia De los Conductores

Estado

Amplex Wholesale Nursery

CONSENT FORM FOR DRUG TESTING

- 1) I understand that Amplex has a policy against the use, possession or distribution of illegal drugs by its employment applicants and employees. I further understand that the Company has adopted a drug policy testing program as one method of implementing that policy.
- 2) I hereby consent to the taking of urine or blood samples by the company, or its agents for purpose of the above drug testing of such samples by Laboratory Corporation of America or any other such drug testing laboratory designated by the company. I hereby further consent to the release of any test reports on such samples from the laboratory to the designated Medical Review Officer, which will report such to the Human Resources Office of the company. The company may use all such reports with or without other information in their assessment of my employment application, and/or employment status.
- 3) I also understand that I have a legal right under the Confidentiality of Medical Information Act to receive a copy of this consent form.
- 4) I further understand that if I refuse to test, or if I am injured in the course and scope of my employment, and test positive for a substance described within the company drug policy, I may be required to (1) Forfeit my medical and indemnity benefits under the Florida Worker's Compensation Act, and upon exhaustion of the procedures in 59A-24.003 (7) F.A.C., and Section 112.0455 (13) and F.S. 440.102. (2) Be subject to discipline up to and including termination of employment.
- 5) This consent will be in effect from this date signed and will remain in effect as long as I am employed by this Company.

Date:

Signature

Print Name

Address

Cuarto de niños Al por mayor De Amplex

FORMA DEL CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE LA DROGA

- 1) Entiendo que Amplex tiene una política contra el uso, la posesión o la distribución de drogas ilegales de sus aspirantes y empleados del empleo. Entiendo más lejos que la compañía ha adoptado un programa de prueba de droga como un método de poner esa política en ejecución.
- 2) Consiento por este medio a tomar de los asamples de la orina o de la sangre de la compañía por, o sus agentes para propósitos del programa de prueba antedicho de la droga y a la prueba de tales muestras Laboratory Corporation de América o cualquier otro tal laboratorio de prueba de la droga señalado por la Compañía. Formento por este medio consentimiento al lanzamiento de cualquier informe de prueba sobre tales muestras del laboratorio al oficial médico señalado de la revisión, que divulgara tales a la oficina de los recursos humanos de la compañía. La compañía puede utilizar todos tales informes con o sin la otra información en su gravamen de mi uso del empleo, y/o estado de empleo.
- 3) También entiendo que tengo una derecha legal debajo de confidencial del acto médico de la información de recibir una copia de esta forma del consentimiento.
- 4) Entiendo más lejos que si rechazo probar, o si me danan en el curso y alcance de mi empleo, y probar el positivo para una sustancia descrito dentro de la política de la droga de la compañía, Puedo ser requerido (1) a la pérdida mis ventajas médicas y de la indemnidad bajo acto de la remuneración del trabajador de la Florida, y sobre el agotamiento de los procedimientos en 59A-24.003 (7) F.A.C., y sección 112.0455 (13) ao F.S. 440.102. (2) Be conforme a disciplina hasta y a incluir la terminación del empleo.
- 5) Este consentimiento será en efecto a partir de esta fecha firmada y se quira siendo en efecto mientras a esta compañía me empleo.

Fecha

Firma

Nombre De la Impresion

Direccion
