



Registrazione ai servizi per la carriera

Si prega di scrivere chiaramente

Dati cliente

Numero di previdenza sociale: ____ - ____ - ____

Numero ID New York: NY _____

Cognome: _____ Nome: _____ M.I. _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Genere: Maschio Femmina Non binario

Se lei è nato prima del 31 dicembre 1959 e le è stato assegnato il sesso maschile alla nascita, è registrato presso il Servizio di Selezione Militare degli Stati Uniti? Sì No

Indirizzo postale: _____

Città: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Contea: _____ Paese: _____

N° telefono: (____) ____ - ____ N° cellulare: (____) ____ - ____

Indirizzo e-mail: _____

Lei ha la cittadinanza statunitense? Sì No

Se no, ha l'autorizzazione a lavorare negli Stati Uniti? Sì No

Ha un Diploma di scuola superiore o un GED/TASC? Sì No

Se no, qual è il livello scolastico più alto conseguito? _____

Ha delle abilità limitate in inglese? Sì No

Se sì, qual è la sua lingua madre? _____

Origine etnica/razza

Nota: Le domande sull'origine etnica sono facoltative. I dati sono riservati e saranno usati soltanto per gli obblighi in materia di conservazione documentale e pari opportunità. Non si verrà penalizzati se si deciderà di non rispondere.

Etnia: Ispanica o Latino-americana Non ispanica o Latino-americana

Razza: (Selezioni tutte le risposte pertinenti) Preferisco non dichiarare

Bianca	Nera o Afro-americana	Nativi americani o	Cinese
Indiana asiatica	Filippina	nativi dell'Alaska	Giapponese
Pakistana	Samoana	Coreana	Bengalese
Birmana	Nativa delle Hawaii	Vietnamita	Nepalese
Thailandese	Guamaniana e Chamorro	Altre isole del Pacifico	Altra asiatica

Status militare

Nota: i veterani e i "coniugi idonei" godono della priorità di accesso ai servizi.

*È stato prestato servizio nelle Forze Armate degli Stati Uniti? Sì No

*Risulta essere coniuge di un veterano? Sì No

In caso di risposta affermativa, presso quale branca delle Forze Armate degli Stati Uniti è stato prestato servizio? _____

Periodo di servizio: ____ / ____ / ____ fino al ____ / ____ / ____

Preferenze di impiego

Quali tipi di lavoro sono accettabili per lei?

Settimana lavorativa: Tempo pieno (30 ore settimanali o più)
 Part-time (Meno di 30 ore settimanali)

Durata: Regolare (Oltre 150 giorni)
 Temporaneo (3 giorni o meno)
 Regolare o Temporaneo (4-150 giorni)

Salario minimo accettabile richiesto:

\$ _____ per Ora Giorno Settimana Mese Anno

Quali turni desidera svolgere? (Spuntare tutte le opzioni applicabili)

Primo (Un turno che inizia al mattino) Secondo (Un turno che inizia al pomeriggio/prima serata)
Terzo (Un turno che inizia di notte) Suddiviso A rotazione

Assistenza all'adeguamento commerciale (TAA)

Ha ricevuto una notifica dal Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York (tramite il Modulo TA722) di poter beneficiare dell'**Assistenza all'adeguamento commerciale**? Sì No

Se Sì, numero di richiesta TAA: _____

Se No, lei ha subito l'allontanamento dal lavoro a causa del commercio estero? Sì No

Obiettivo e progressi di impiego

Obiettivo lavorativo/tipologia di lavoro desiderato (Titolo): _____

È disponibile a viaggiare? 25 50 100 miglia dal Codice postale: _____

Elenchi gli ultimi due datori di lavoro per cui ha lavorato. Inserire prima quello più recente.

Completare tutte le voci richieste per ogni datore di lavoro. Includere quanti più dettagli possibile per migliorare le nostre possibilità di aiutarla a trovare lavoro.

Titolo lavorativo: _____ **Datore di lavoro:** _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Paese, se diverso dagli USA: _____

Quante ore settimanali ha lavorato? _____ Data di inizio: ____ / ____ / ____ Data di fine: ____ / ____ / ____

Stipendio: \$ _____ per Ora Giorno Settimana Mese Anno

Motivo del licenziamento: _____

Incarichi lavorativi: _____

Titolo lavorativo: _____ **Datore di lavoro:** _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Paese, se diverso dagli USA: _____

Quante ore settimanali ha lavorato? _____ Data di inizio: ___ / ___ / ___ Data di fine: ___ / ___ / ___

Stipendio: \$ _____ per Ora _____ Giorno _____ Settimana _____ Mese _____ Anno _____

Motivo del licenziamento: _____

Incarichi lavorativi: _____

Formazione, Certificati, Licenze

Spuntare il più alto livello di formazione in proprio possesso:

K-12: nessuno Livello 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
12/Diploma di scuola superiore Livello 12/nessun diploma
Equivalenza diploma superiore (TASC, GED)

Post-secondario (dopo l'istruzione superiore):

Diploma di scuola superiore+ 1 anno/nessun diploma	Diploma di scuola superiore+ 2 anni/nessun diploma	Diploma di scuola superiore+ 3 anni/nessun diploma
Diploma di scuola superiore+certificazione professionale di 1 anno	Diploma di scuola superiore+certificazione professionale di 2 anni	Diploma di scuola superiore+certificazione professionale di 3 anni
Diploma di scuola superiore+diploma associato di 1 anno	Diploma di scuola superiore+diploma associato di 2 anni	Diploma di scuola superiore+diploma associato di 3 anni
Laurea di primo livello	Laurea di secondo livello	Dottorato

Ha un **mezzo di trasporto affidabile** da e per il luogo di lavoro? Sì No

Ha la **patente di guida**? Sì No

Che tipo di patente ha?	Classe A (Rimorchio per trattori)	Classe B (Camion/Bus)
	Classe C (Veicoli commerciali leggeri)	Classe Cn (C diversi da CDL)
	Classe D (Operatori)	Classe E (Taxi)
	Classe M (Motocicli)	

Approvazioni:	Trasporto passeggeri	Materiali pericolosi	Veicoli serbatoio
	Motocicli	Scuolabus	Doppi/Tripli
	Serbatoi pericolosi	Freni pneumatici	

Dispone di un **certificato o una licenza professionale**? Sì No

Certificato/Licenza: _____ Ente di emissione o località: _____

Data di emissione: ___ / ___ / ___ Stato: _____ Paese: _____

Certifico che le informazioni fornite in questo documento sono vere e precise per quanto di mia conoscenza.

Firma: _____ **Data:** ___ / ___ / ___