

WE ARE YOUR DOL



Divisione dell'Impiego e per le Soluzioni lavorative

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

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? _____

Nota: La risposta alla domanda sull'etnia è su base volontaria. Le informazioni verranno tenute riservate e saranno utilizzate solo per la manutenzione dei registri e i requisiti di Affirmative Action.

Origine etnica: Ispanica Non ispanica

Etnia: (Spuntare tutte le opzioni applicabili)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bianca | <input type="checkbox"/> Nera o africana
Americana | <input type="checkbox"/> Indiana d'America o
Nativi dell'Alaska | <input type="checkbox"/> Cinese |
| <input type="checkbox"/> Indiana d'Asia | <input type="checkbox"/> Filippina | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Bengalese |
| <input type="checkbox"/> Pakistana | <input type="checkbox"/> Giapponese | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Nepalese |
| <input type="checkbox"/> Birmana | <input type="checkbox"/> Thailandese | <input type="checkbox"/> Altre etnie asiatiche | <input type="checkbox"/> Nativi delle Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Guamaniana e
Chamorro | <input type="checkbox"/> Samoana | <input type="checkbox"/> Altre isole del Pacifico | |

Il Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York è un datore di lavoro che garantisce Pari Opportunità. Se necessario, sono disponibili aiuti e servizi ausiliari per le persone con disabilità.

Status militare

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

Se sì, data di attività del servizio: Dal _____ al _____

Ramo del servizio: _____

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)

Qualsiasi

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 Qualsiasi

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):

<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+ 1 anno/nessun diploma	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+ 2 anni/nessun diploma	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+ 3 anni/nessun diploma
<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+certificazione professionale di 1 anno	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+certificazione professionale di 2 anni	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+certificazione professionale di 3 anni
<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+diploma associato di 1 anno	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+diploma associato di 2 anni	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore+diploma associato di 3 anni
<input type="checkbox"/> Laurea di primo livello	<input type="checkbox"/> Laurea di secondo livello	<input type="checkbox"/> 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** _____