



## Requisitos B1'S

Nombre: \_\_\_\_\_

Línea Transportista: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega de doctos: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

- 2 Copias de licencia mexicana vigente CDL tipo B (misma hoja Frente y Reverso).
- Copia de la visa U.S. B1/B2 (Visa).
- 8 Fotografías tamaño Pasaporte (Fondo Blanco).
- Acta de nacimiento.
- Constancia de la SCT.
- Exámen médico de la SCT (APTO).
- Referencias Laborales anteriores (3 cartas ultimos empleos).
- Solicitud o Aplicacion de empleo.
- Resultados de Antidoping.
- Comprobante de domicilio (NO mayor a 3 meses).
- Credencial de elector.
- Credencial del IMSS (o Documento de acreditacion) NSS: \_\_\_\_\_ Solicitado: \_\_\_\_\_
- Aviso de retencion INFONAVIT (en caso de existir). # CREDITO: \_\_\_\_\_ Descuento Bimestral: \$ \_\_\_\_\_
- CURP \_\_\_\_\_
- RFC \_\_\_\_\_
- Correo Electronico (obligatorio) \_\_\_\_\_
- Comprobante de ultimos estudios realizados.
- Cartilla liberada o Media Cartilla.
- Carta de NO antecedentes penales (maximo 2 meses de antigua)
- Contrato Banamex Tarjeta Perfil Ejecutivo. # Tarjeta \_\_\_\_\_
- Constancia de Curso de Ingles Porcentajes: \_\_\_\_\_

Una vez reunidos sus requisitos favor de llamar al 712-3782  
con la srita. Rosarlo Guzman para contactar una cita para la entrega y formalizar su ingreso

Recibe

Firma y Sello

Los requisitos deben de entregarse en COPIA de originales y LEGIBLES, las fotografías para gafetes de aduana son a color y fondo blanco.  
Licencia Federal, IFE, Visa, Credencial IMSS deben de presentarse de la siguiente manera: IFE en una hoja por ambos lados, licencia en una hoja por ambos lados.  
Los documentos deben entregarse en en las oficinas de GRT INTERNACIONAL Nuevo Laredo, Donato Guerra #736 Sector Centro.

# GRT Transportation LLC

## SOLICITUD DE EMPLEO

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombres)

Dirección Actual: \_\_\_\_\_  
(Calle y Número) (Colonia) (Ciudad) (Estado)

Tiempo en dirección actual: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Direcciones en los últimos tres años

Dirección: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
(Calle y Número) (Colonia) (Ciudad) (Estado)

Dirección: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
(Calle y Número) (Colonia) (Ciudad) (Estado)

Dirección: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
(Calle y Número) (Colonia) (Ciudad) (Estado)

### Licencia Federal

Número de Licencia Federal: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Estado que la emitió: \_\_\_\_\_

Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de último refrendo: \_\_\_\_\_

(Anexar copia de licencia federal por los dos lados, recibo de pago de examen medico y refrendo)

### Accidentes en los últimos tres años

Fechas	Tipo de Accidente (De frente, Alcance, Volcadura, etc.)	Muertes	Heridos
Último accidente:			
Penúltimo accidente:			
Antepenúltimo accidente:			

### Experiencia como operador

Clase de Equipo	Tipo de Equipo (Caja seca, refrigerado, tanque, plataforma, etc.)	Fechas	
		Inició	Terminó
Rabón			
Tractor y Remolque			
Tractor y Doble Remolque			
Otro: _____			

(Anexar hoja si es necesario mas espacio)

### Multas en los últimos tres años:

Lugar	Fecha	Tipo de Multa	Cargo

(Anexar hoja si es necesario mas espacio)

A. ¿Se le ha negado alguna vez la licencia para operar vehículos de carga? \_\_\_\_\_

B. ¿Se le ha cancelado o suspendido alguna vez su licencia federal? \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA PARA A Ó B ES "SI" FAVOR DE ANEXAR HOJA CON EXPLICACIÓN Y DETALLES

### Empleos Anteriores (últimos diez años)

El Departamento De Transporte En Estados Unidos Exige Mencionar Todos Los Empleos Donde Se Halla Trabajado Como Operador De Carga Federal En Los Últimos 10 Años.

(Favor de anexar relación en caso de necesitar más espacio)

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Regulado por USDOT: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón de renuncia: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Empresa:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Puesto:** \_\_\_\_\_ **Regulado por USDOT:** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**Razón de renuncia:** \_\_\_\_\_

**Contacto:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Empresa:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Puesto:** \_\_\_\_\_ **Regulado por USDOT:** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**Razón de renuncia:** \_\_\_\_\_

**Contacto:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Empresa:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Puesto:** \_\_\_\_\_ **Regulado por USDOT:** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**Razón de renuncia:** \_\_\_\_\_

**Contacto:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Empresa:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Puesto:** \_\_\_\_\_ **Regulado por USDOT:** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**Razón de renuncia:** \_\_\_\_\_

**Contacto:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Regulado por USDOT: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón de renuncia: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Regulado por USDOT: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón de renuncia: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Regulado por USDOT: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón de renuncia: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Regulado por USDOT: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón de renuncia: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha usted resultado positivo, o se ha negado, en la prueba de drogas o alcohol con un resultado de 0.04 o más, previa a su contratación como operador solicitada por la empresa prospecto en los últimos dos años?

Si

No

1. ¿Si su respuesta fue "Sí" en la pregunta anterior, puede usted demostrar u obtener comprobante de que ha cumplido satisfactoriamente con las reglas de regreso a funciones de acuerdo con la norma del US DOT?

Si

No

Confirмо que he leído y completado esta forma con información real y verdadera.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante



Forma de 7 días Previos a GRT Transportation

Nombre: \_\_\_\_\_.

R.F.C: \_\_\_\_\_.

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_.

Licencia Federal Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Material Peligroso Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Regulación Federal de Seguridad para Acarreo Motorizado (FMCSR): Regla 395.8 (j) (2) - Empresas que usen operadores por vez primera o intermitentemente, deberán obtener por parte de el operador una declaración firmada. La cual incluya el monto total de horas trabajadas en los 7 días inmediatamente anteriores; así como la hora y fecha en cual dicho chofer trabajo por última vez antes de empezar su temporada laboral con la nueva empresa.

Table with 9 columns: DIA, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, TOTAL. Rows: FECHA, HORAS TRABAJADAS (PREVIOS 7 DIAS), TOTAL DE HORAS.

Por medio de la presente yo certifico que la información aquí proporcionada es correcta en base a mi mejor recolección y creencia. Que mi último día de labor fue:

\_\_\_\_\_
Hora

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
Mes Día Año
(Ultimo Día de Servicio)

Firma del Operador: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_