ESTE ES US REGISTRO PÚBLICO SUJETO A DIVULGACIÓN

SOLICITUD PARA SER PARTE DEL

COMITÉ ASESOR DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS

ABIERTO HASTA LLENAR

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Domicilio de Correspondencia: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Correo Electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Distrito de Supervisión: ☐ **Distrito 1** ☐ **Distrito 2** ☐ **Distrito 3** ☐ **Distrito 4** ☐ **Distrito 5**

Si no está seguro de cual distrito pertenece, por favor visite Stanislaus County Public Inquiry Map

II. CATEGORÍA

☐ Trabajador Agrícola

III. ANTECEDENTES/EXPERIENCIA

Por favor comente sobre cualquier fortaleza, antecedentes, experiencia, perspectiva y/o talento(s) que considere que contribuyen significativamente a la representación efectiva de su comunidad:

a) Experiencia o Conocimientos Especiales Relacionados con el Área de Interés:
b) Experiencia Laboral:
c) Experiencia Comunitaria:
d) Educación (no hay ningún requisito educativo):
e) Motivo o interés para postularse:

IV. CONFLICTOS DE INTERÉS

¿Tiene algún interés o asociación financiera o profesional relacionada con este puesto?	☐ Si ☐ No
Si es así, por favor explique:	

V. REFERENCIAS

1. **Nombre:** _____ **Teléfono:** _____
2. **Nombre:** _____ **Teléfono:** _____
3. **Nombre:** _____ **Teléfono:** _____

VI. CERTIFICACIÓN

CERTIFICO que las declaraciones hechas por mí en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones hechas están sujetas a verificación y que cualquier falsificación, fraude u omisión de hechos materiales puede resultar en la negación del nombramiento.

Autorizo a los representantes del condado de Stanislaus a comunicarse con cualquier organización (incluidos empleadores y escuelas) e individuos enumerados, con el fin de establecer o verificar mis calificaciones e historial laboral en relación con esta solicitud. Entiendo y reconozco que dicha información se utilizará de forma confidencial y únicamente con el fin de tomar decisiones sobre nombramientos.

Nombre (letra de molde): _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Por favor devuelva su solicitud completa y firmada en persona o por correo, correo electrónico o fax a:

Clerk of the Board of Supervisors
1010 10th Street, Suite 6700
Modesto, CA 95354
Fax: 209-525-4420
Email: cobsupport@stancounty.com

Este formulario está disponible en persona en la Secretaría del Consejo de Supervisores, 1010 10th Street, Suite 6700, Modesto, CA 95354, o en línea en https://www.stancounty.com/board/boards-commissions.shtm.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Linda Pinfold, Comisionada de Agricultura del Condado de Stanislaus, al (209) 525-4735 y/o lindap@stancounty.com.