



SOLICITUD PARA SER PARTE DEL
**COMITÉ ASESOR DE TRABAJADORES
 AGRÍCOLAS**

ENTREGAR ANTES DEL 28 DE FEBRERO DEL 2025

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Apellido: _____ Código Postal: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ 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

¿A cual categoría se está postulando?

- Trabajador Agrícola
- Representante de la Industria Agrícola
- Miembro del Comité Asesor Agrícola del Condado de Stanislaus
- Contratista Agrícola Registrado en la Oficina del Comisionado de Agrícola del Condado de Stanislaus
- Representante de una organización comunitaria dedicada a la población de trabajadores agrícolas del condado

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) Si su solicita es a base de una organización comunitaria, proporcione la declaración de misión de la organización y describa cómo su organización esta al servicio de los trabajadores agrícolas:
e) Educación (no hay ningún requisito educativo):
f) Motivo o interés para postularse:

IV. CONFLICTOS DE INTERÉS

¿Tiene algún interés o asociación financiera o profesional relacionada con este puesto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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 Pinfeld, Comisionada de Agricultura del Condado de Stanislaus, al (209) 525-4735 y/o lindap@stancounty.com.