



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

**ENTREGAR ANTES DEL 31 DE MARZO DEL 2025**

**I. INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 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**

¿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:

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

#### IV. CONFLICTOS DE INTERÉS

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Tiene algún interés o asociación financiera o profesional relacionada con este puesto? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Si es así, por favor explique:</b>   |                             |                             |
| <br><br><br>  |                             |                             |

#### 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 10<sup>th</sup> Street, Suite 6700  
Modesto, CA 95354  
Fax: 209-525-4420  
Email: [cobsupport@stancounty.com](mailto: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](mailto:lindap@stancounty.com).