



4. DIRECCION POSTAL

ZONA POSTAL

--

5. DIRECCION RESIDENCIAL

PUEBLO

--

6. TELEFONOS

Residencia:	Trabajo:	Celular:	Familiar Cercano:
-------------	----------	----------	-------------------

7. Tipo de nombramiento que aceptaría:  Regular  Transitorio

8. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

9. Preferencia de Veterano:  SI  NO

10. LICENCIA DE CONDUCIR

Tiene licencia de conducir?	Número de licencia:	Fecha de expiración
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Vehículo Pesado	<input type="checkbox"/> Chofer

11. IMPEDIMENTOS FISICOS

Algunos(as) candidatos(as) tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar exámenes en igualdad de condiciones con otros(as) candidatos(as). Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras circunstancias. Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones.	<input type="checkbox"/> No vidente	<input type="checkbox"/> Uso de silla de ruedas
	<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> Otros _____

12. ESCOLARIDAD

Circule el grado más alto aprobado:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

13. Nombre y Dirección de la Escuela

--

14. Si estudió en Instituciones fuera de P.R., indique la dirección

--

15. Universidades, Escuelas Comerciales o Vocacionales a la que haya asistido:

Institución	Fecha			Créditos Aprobados	Se Graduó		Año	Grado Obtenido	Concentración
	Desde día mes año	Hasta día mes año	Si		No				

16. Indique la nota de reválida (si aplica) e índice de graduación:

(Si esta solicitando para la clase de abogado, favor de incluir evidencia)

--

17. Indique los créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el examen que solicita:

--

18. Escriba solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita

INSTITUCION	TITULO DEL CURSO	DURACION DEL CURSO

19. Licencia que posee para ejercer una profesión u oficio:

CLASE	NUMERO	EXPEDICION			VENCIMIENTO		
		día	mes	año	día	mes	año

**20. EXPERIENCIA OCUPACIONAL**

Comenzando con su último empleo, indique su experiencia ocupacional. De ser necesario, utilice una hoja adicional siguiendo el mismo formato. Es imprescindible que indique las fechas exactas en que adquirió la experiencia.

Nombre y Dirección del Patrono	Nombre del Supervisor y Teléfono
--------------------------------	----------------------------------

Título Oficial del Puesto	Desde:	día	mes	año		Hasta:	día	mes	año

Sueldo Mensual:				Inicial:				Final:			Tipo de Nombramiento					
											Regular	<input type="checkbox"/>	Transitorio	<input type="checkbox"/>	Irregular	<input type="checkbox"/>

Describa en forma concisa y más exacta posible, las funciones esenciales del puesto. Si supervisa, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

---



---



---



Nombre y Dirección del Patrono	Nombre del Supervisor y Teléfono
--------------------------------	----------------------------------

Título Oficial del Puesto	Desde:	día	mes	año		Hasta:	día	mes	año

Sueldo Mensual:				Inicial:				Final:			Tipo de Nombramiento					
											Regular	<input type="checkbox"/>	Transitorio	<input type="checkbox"/>	Irregular	<input type="checkbox"/>

Describa en forma concisa y más exacta posible, las funciones esenciales del puesto. Si supervisa, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

---



---



---

21. Marque el encasillado correspondiente:

¿Ha tomado este examen anteriormente? En caso afirmativo, indique fecha	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Hace uso de sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Consumen usted bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique Moderado ( )    Habitual ( )    Excesivo ( )	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido convicto(a) por delito grave (Felony)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido indultado por algún delito grave?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido su sentencia conmutada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido destituido(a) de algún puesto público?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido habilitado(a) por la Oficina de Capacitación y Asesoramiento en Asuntos Laborales y de Administración de Recursos Humanos (O.C.A.L.A.R.H.) En caso afirmativo, acompañe documentación)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido indultado por algún delito grave?		
¿Tiene usted la responsabilidad de pagar una pensión alimentaria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está al día? Incluya Certificación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### CERTIFICACION Y AUTORIZACION

Declaro que no soy miembro de ningún grupo, sociedad u organización que aboque por el derrocamiento del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o de los Estados Unidos por medio de la fuerza o la violencia. Declaro además, que la información incluida por mí en este formulario es expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude.

Tengo conocimiento que, de descubrirse cualquier falsedad o fraude, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma

**Certifico** que la información aquí suministrada es correcta y sujeta a verificación, por lo que autorizo a la Junta de Libertad Bajo Palabra a realizar la investigación pertinente y cualquier otra investigación que estime necesaria, incluyendo, pero no limitada a, solicitar y recibir historiales de crédito de agencias de información, pruebas para detectar el uso de sustancias controladas y pruebas psicológicas o cualquier otra que se entienda necesaria. Cualquier declaración falsa, tergiversada u omisión de información relevante y pertinente durante el proceso de empleo, puede ser causa suficiente tanto para descalificarme para el mismo, denegar mi solicitud, mi nombre ser eliminado del registro de elegible, como para separarme de él, si ya el empleo me hubiera sido concedido.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma