

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**CUERPO DE EMERGENCIAS MEDICAS**

Area de Recursos Humanos  
P.O. BOX 2161, San Juan, PR 00922-2161

**SOLICITUD DE EXAMEN**

El Cuerpo de Emergencias Médicas no discrimina por raza, color, sexo, edad, nacimiento, origen nacional, condición social; por ideas políticas o religiosas, ni por impedimentos físicos, mentales, sensoriales o matrimonio.

*Llénesse a máquina o con tinta, en letra de molde. Lea cuidadosamente y asegúrese de que todos los apartados han sido debidamente llenados.*

NO ESCRIBA AQUI

Nota del examen anterior:  
Fecha en que tomó el examen:  
Cotejado Por:

NOTA: Si es empleado gubernamental, use su nombre según aparece en sus documentos oficiales

1. NOMBRE: (Apellido paterno) (Apellido materno o del esposo) (Nombre)

2. DIRECCION: (Calle y Número) (Apartado de Correos)

(Pueblo) (Zip Code)

2a. Número de Teléfono Residencia Trabajo  
2b. Número de Seguro Social

6. ¿Es actualmente empleado del Gobierno Estatal? Sí  No   
Si lo es, indique su status como empleado marcando el encasillado apropiado.

a) Servicio de Carrera   
Probatorio  Regular  Transitorio

b) Servicio de Confianza

8. ¿Ha tomado este examen anteriormente? Sí  No   
Si lo ha tomado, indique la fecha en que lo tomó por última vez: (Día) (Mes) (Año)

9. PUEBLOS DONDE ACEPTA EMPLEO (Especifique):

11. PREPARACION ACADEMICA (Haga un círculo alrededor del grado más alto aprobado).  
a. ESCUELA ELEMENTAL E INTERMEDIA  
1 4 7  
2 5 8  
3 6 9  
Institución  
Dirección

¿Se graduó? Sí  No   
Período (mes y año) Desde: Hasta:

a. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS  
1 2 3 4 5  
Institución  
Dirección

Período (mes y año) Desde: Hasta: Total de créditos aprobados

Grado recibido Fecha

Asignatura principal Créditos

12. (Véase apartado 12-a al dorso)	Clase	Número	Fecha de expedición	Fecha de expiración
Licencias				
Colegiación				

NO ESCRIBA AQUI

ACCION TOMADA:  Aceptada  Denegada  Devuelta Por:

RAZONES:

13. Beneficios - No está obligado a informar que es persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental, bajo la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico, pero tiene el derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 1 del 7 de enero de 2004.

Estar informado es confidencial.

Beneficiencia de Asistencia Económica? Sí  No   
Es actualmente empleado del Gobierno Estatal? Sí  No

Si lo es, indique su status marcando el encasillado apropiado.

a. Servicio de Carrera  Probatorio  Regular  Transitorio   
b. Servicio de Confianza  Otro (indique)

Estoy disponible para empleo en Fecha

3. Título del examen que desea tomar según en la convocatoria.

LLENE UNA SOLICITUD POR CADA EXAMEN

4. FECHA DE NACIMIENTO: (Día) (Mes) (Año)

5. LUGAR DE NACIMIENTO: (Ciudad) (Estado o País)

7. SERVICIO MILITAR: Veterano  No Veterano   
Si es veterano, indique

a. Fecha de Ingreso al servicio militar (Día) (Mes) (Año)

b. Fecha de licenciamiento (Día) (Mes) (Año)

c. ¿Tiene establecida su preferencia de veterano en esta oficina? Sí  No

Para reclamar preferencia de Veterano debe llenar el formulario AP 4 y someter Certificado de Licenciamiento.

10. CONDICIONES DE EMPLEO (Marque aquellas que usted aceptaría). SI NO  
a. Turnos Rotativos ( ) ( )  
b. Turnos Fijos Nocturnos ( ) ( )  
c. Dispuesto(a) a ser asignado(a) temporamente a cualquier pueblo de acuerdo a la necesidad (at large). ( ) ( )

b. ESCUELA SUPERIOR  
10 11 12  
Institución  
¿Se graduó? Sí  No   
Dirección

Curso Período (mes y año) Desde: Hasta:

d. Estudios Postgraduados  
Período (mes y año) Desde: Hasta: Materia  
Institución

Grado recibido

¿Terminó? Sí  No   
Créditos aprobados

e. OTROS CURSOS: Especifique Institución y duración (Día, Mes y Año).-

14. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que nos permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones.

Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:  
( ) No Vidente ( ) Uso silla de ruedas  
( ) Sordo ( ) Otra

Impedimento - No está obligado a informar que es persona con impedimento, pero tiene el derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 81 del 27 de julio de 1996. Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para personas con impedimento.

**CERTIFICACION DE EXPERIENCIA**  
**PARA QUE SU SOLICITUD SE TRAMITE CON TODA RAPIDEZ, ESPECIFIQUE CORRECTAMENTE**  
**TODO LO RELACIONADO CON SU EXPERIENCIA**  
**(Fechas, Nivel y Sueldos)**

15. EXPERIENCIA: incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo. Si fuere necesario use una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Indique la clase de trabajo que usted realizaba, así como el número y condición de los empleados bajo sus órdenes, si alguno. Indique si el empleo requería sus servicios sólo parte del tiempo. Especifique si durante los períodos de empleo ha estado fuera del servicio en uso de licencia sin sueldo, licencia militar o licencia con sueldo para estudios. Indique las fechas exactas (día, mes y año).

**NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA**

**RESUMEN DE EVALUACION**

(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año)	REQUISITOS MINIMOS..... ENTREVISTA..... EXAMEN ESCRITO..... EXPERIENCIA ADICIONAL.....																																				
Título del empleo ocupado por usted.	Desde:																																					
Deberes (Describalos brevemente)	Hasta:	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																				
Sueldo Mensual																																						
Inicial:																																						
Final:																																						
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año)																																					
Título del empleo ocupado por usted.	Desde:																																					
Deberes (Describalos brevemente)	Hasta:																																					
	Sueldo Mensual																																					
	Inicial:																																					
Final:																																						
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año)																																					
Título del empleo ocupado por usted.	Desde:																																					
Deberes (Describalos brevemente)	Hasta:																																					
	Sueldo Mensual																																					
	Inicial:																																					
Final:																																						
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año)																																					
Título del empleo ocupado por usted.	Desde:																																					
Deberes (Describalos brevemente)	Hasta:																																					
	Sueldo Mensual																																					
	Inicial:																																					
Final:																																						
TOTAL.....																																						
PREPARACION ADICIONAL.....																																						
PREFERENCIA DE VETERANO.....																																						
NOTA.....																																						
Fecha Técnico																																						
Revisado por:																																						

**NO OLVIDE LLENAR EL SIGUIENTE ENCASILLADO, ASI COMO FIRMAR E INDICAR LA FECHA DE RADICAR ESTA SOLICITUD**

16. ¿HA SIDO CONVICTO DE ALGUN DELITO GRAVE (felony) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿HA SIDO DESTITUIDO DE ALGUN PUESTO PUBLICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contesta en la afirmativa, indique: ¿Ha sido indultado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta en la afirmativa, indique: ¿Ha sido habilitado por el Director de Personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

18. DECLARO que la información que ofrecí en esta Solicitud es correcta y verídica; que he expuesto la misma de buena fe sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude. Tengo conocimiento de que cualquier tergiversación de hechos u omisión de información, serán causa para que se me declare inelegible para ocupar puestos en la Agencia o se me destituya de mi puesto. Estoy consciente de que mi solicitud será evaluada con la información que indiqué a la fecha de la misma y que la calificación que obtendré no podrá ser enmendada por información que provea posteriormente.

Nota: Será condición para solicitar, obtener o mantener contratación o empleo con el Gobierno de Puerto Rico que:

1. Todo solicitante tiene que acompañar con la solicitud de examen, evidencia acreditativa de que rindió la Planilla Sobre Ingresos durante los últimos cuatro (4) años, si estaba obligado a rendir la misma o evidencia a los efectos de que no debían radicar planillas durante todo o en parte del período antes mencionado, conforme dispone la Ley Núm. 254 del 31 de agosto de 2000.
2. Toda persona que esté obligada a satisfacer una pensión alimentaria, esté al día o ejecute y satisfaga un plan de pagos al efecto, conforme dispone la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, (Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores).
3. Como parte de la evaluación médica requerida, a fin de determinar que está apto(a) para desempeñar las funciones del puesto para el cual se ha preseleccionado, se exigirá la presentación de un informe certificado de resultado de una prueba para la detección de sustancias controladas, conforme dispone la Ley Núm. 78 del 14 de agosto de 1997, reconocida como Ley Para Reglamentar las Pruebas para la Detección en el Empleo en el Sector Público. Además la negativa de un candidato a someterse a la prueba o un resultado positivo corroborado en la misma, será causa suficiente para denegar el empleo.

_____ fecha	_____ Firma (No use letra de molde)
-------------	-------------------------------------

**12-a INFORMACION SOBRE LICENCIAS Y COLEGIACION**  
*(Use hoja de papel adicional)*

- LICENCIAS**
- a. Fecha en que obtuvo la primera licencia provisional.
  - b. Fecha en que obtuvo la licencia regular. Indique el número y la fecha de vencimiento.
  - c. Fecha, si alguna, en que no contaba con ningún tipo de licencia
- (De no poseer esta información puede obtenerla en la Junta Examinadora que corresponda a su profesión)