ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Oficina de Gerencia y Presupuesto

Calle Cruz 254, PO Box 3228
San Juan, Puerto Rico 00904-3228

PARA USO DE LA OGP	
Nota Evaluación	: _____
Pref. Veterano	: _____
Persona con Impedimento	: _____
Otros	: _____
Nota Final	: _____
Desempate	: _____

SOLICITUD DE EXAMEN

DATOS PERSONALES

ESTA OFICINA PROVEE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO

1. Título del puesto que solicita según se anuncia en la convocatoria: _____

2. Número de Seguro Social: XXX - _____ - _____

3. Nombre (Apellidos primero en letra de molde)

_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

_____
NOMBRE INICIAL (segundo nombre)

4. Dirección donde recibe la correspondencia:

_____
_____
_____ Zip Code _____

5. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted:

_____ _____ _____
Residencia Trabajo Otro / Celular

Esta información es voluntaria, la misma será utilizada para propósitos estadísticos.

6. Fecha y lugar de nacimiento:

_____ / _____ / _____ _____ _____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

7. Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

8. ¿Ha radicado para este puesto anteriormente? ☐ No ☐ Sí/Fecha: _____

9. TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTARIA

☐ Regular ☐ Transitorio ☐ Jornada Parcial

10. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones. Indique si tiene algunas de las condiciones siguientes:

☐ Sordo ☐ Uso de sillas de ruedas ☐ No vidente
☐ Otras _____

10a. Conforme a la Ley 81 del 27 de julio de 1996 de Igualdad de Oportunidades de Empleo para personas con impedimentos, usted no está obligado a informar que es un persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de sumar cinco (5) puntos o el cinco (5%) por ciento, lo que sea mayor a la calificación obtenida.

Indique si va reclamar el derecho a preferencia: ☐ Sí ☐ No

11. PREFERENCIA DE VETERANOS: Para orientación, documentos y solicitud del formulario.

¿Es veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Es veterano incapacitado? ☐ Sí ☐ No

Veterano, ¿Tiene establecida la Preferencia de Veteranos en la OGP?

☐ Sí ☐ No

12. La Ley Núm. 1 del 7 de enero de 2004 otorga el beneficio de cinco (5) puntos o el cinco (5%) por ciento de la puntuación total del examen a los beneficiarios de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental

Indique si va a reclamar el derecho a preferencia ☐ Sí ☐ No

PREPARACIÓN ACADÉMICA

13. Universidades, Escuelas o Vocacionales a las que haya asistido:

NOMBRE DE LA ESCUELA	LOCALIDAD	Desde / Hasta (Años Estudiados)	Créditos Aprobados	¿Se graduó? Sí o No	Mes y Año de Graduación	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
Elemental							
Superior							
Colegio o Universidad							
Otros							

14. Si estudió en instituciones fuera de Puerto Rico, indique dirección:

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

16. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita:

INSTITUCIÓN	TÍTULO DEL CURSO	DURACIÓN DEL CURSO

17. Licencias que posee para ejercer la profesión u oficio

Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento

18. Licencia para conducir:

19. Número de Colegiación:

20. Fecha de Admisión al Ejercicio de la Profesión:

NO ESCRIBA ESTE ESPACIO

Acción Tomada: [ ] Aceptada [ ] Devuelta [ ] Denegada

Técnico Evaluador: Fecha:

RAZONES:

21.

EXPERIENCIAS DE TRABAJO

(Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo. De ser necesario, utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón).

Sea específico indicando puestos y fechas.

Fecha (Indique día, mes, año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior		Salario
Desde			Título del Puesto:	
			Nombre Supervisor:	
Hasta			Departamento:	

Razones para terminar empleo:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades):

Fecha (Indique día, mes, año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior		Salario
Desde			Título del Puesto:	
			Nombre Supervisor:	
Hasta			Departamento:	

Razones para terminar empleo:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades):

Fecha (Indique día, mes, año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior		Salario
Desde			Título del Puesto:	
			Nombre Supervisor:	
Hasta			Departamento:	

Razones para terminar empleo:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades):

22. CONTESTE SÍ O NO:

¿Es adicto al uso habitual o excesivo de substancias controladas o bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido convicto por delito grave? ☐ Sí ☐ No – En caso afirmativo indique: ☐ Felony ☐ Indultado ☐ Sentencia conmutada

¿Ha sido destituido de algún puesto público? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido habilitado por el (la) Director(a) de la Oficina de Capacitación y Asesoramiento en Asuntos Laborales y de Administración de Recursos Humanos (OCALARH)

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

23. Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad o grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro además, que la información incluida por mí en este formulario es correcta, exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento que de descubrirse que no reúno los requisitos exigidos u omisión, falsedad o fraude con lo firmado, mi Solicitud de Empleo podrá ser rechazada, cancelado el examen, anulada mi elegibilidad en el Registro de Elegibles y ser declarado inelegible para el servicio público y de haber sido nombrado se me podrá separar del puesto que ocupe. También tengo conocimiento que de ser empleado público lo anterior puede dar motivo a la destitución o la imposición de cualquier medida disciplinaria.

_____ / _____ / _____ (Día / Mes / Año) _____ Nombre (Use letra de molde) _____ Firma

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Año	Meses	Puntuación
	TOTAL	

REQUISITOS MÍNIMOS:
EXPERIENCIA ADICIONAL:
PREPARACIÓN ADICIONAL:
ENTREVISTA:
EXAMEN ESCRITO:
PREFERENCIA VETERANOS:
OTROS:
TOTAL:

____ / ____ / ____ (Día / Mes / Año) _____ **Técnico Evaluador (Nombre)**

____ / ____ / ____ (Día / Mes / Año) _____ **Revisado por: (Nombre)**

INSTRUCCIONES

Las posiciones que indiquen poseer experiencia en empresas privadas excluidas de las disposiciones de la Ley de Personal del Servicio Público deberá acompañar con su Solicitud de Empleo una certificación de la agencia o empresa donde preste o haya prestado servicios que incluya lo siguiente: **Posición del solicitante, sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial, fechas exactas en que adquirió experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas, si se trata de un empleo a jornada parcial y descripción de deberes y naturaleza del trabajo.**

En la evaluación de su solicitud se tomará en consideración los requisitos de la clase, la experiencia y preparación adicional, los cursos o adiestramientos que ha tomado y que están relacionados con el puesto para el cual solicita examen.