



# SOLICITUD DE EMPLEO

## DATOS PERSONALES

ESTE DEPARTAMENTO PROVEE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO

<p>1. Título del puesto que solicita según se anuncia en la convocatoria:</p> <p>_____</p> <p>2. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____</p> <p>3. Nombre (Apellidos primero en letra de molde)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE                                      INICIAL (segundo nombre)</p>	<p>8. ¿Ha radicado para este puesto anteriormente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____</p> <p>9. TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTARÍA</p> <p><input type="checkbox"/> Regular    <input type="checkbox"/> Transitorio    <input type="checkbox"/> Jornada Parcial</p> <p>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:</p> <p>[ ] Sordo    [ ] Uso de sillas de ruedas    [ ] No vidente</p> <p>[ ] Otras _____</p>
<p>4. Dirección donde recibe la correspondencia:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Zip Code _____</p>	<p>10a. Conforme a la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996 de Igualdad de Oportunidades de Empleo 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.</p> <p>Indique si va a reclamar el derecho a preferencia: [ ] Sí [ ] No</p>
<p>5. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Residencia                      Trabajo                      Otro / Celular</p>	<p>11. PREFERENCIA DE VETERANOS: Para orientación, documentos y solicitud del formulario.</p> <p>¿Es veterano?                      [ ] Sí    [ ] No</p> <p>¿Es veterano incapacitado?                      [ ] Sí    [ ] No</p> <p>Veterano, ¿Tiene establecida la Preferencia de Veteranos en la OGP?</p> <p>[ ] Sí    [ ] No</p>
<p>Esta información es voluntaria, la misma será utilizada para propósitos estadísticos.</p> <p>6. Fecha y lugar de nacimiento:</p> <p>_____ / _____ / _____    _____    _____</p> <p style="text-align: center;">Día                      Mes                      Año                      Ciudad                      Estado o País</p> <p>7. Sexo:    [ ] Femenino                      [ ] Masculino</p>	<p>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.</p> <p>Indique si va a reclamar el derecho a preferencia: [ ] Sí [ ] No</p>

## PREPARACIÓN ACADÉMICA

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

NOMBRE DE LA ESCUELA	LOCALIDAD	Desde	Hasta	Créditos Aprobados	¿Se graduó? Sí o No	Mes y Año de Graduación	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
		Años Estudiados						
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 y año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior		Salario
Desde			Título del Puesto:	
Hasta			Nombre Supervisor:	
			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:	
Hasta			Nombre Supervisor:	
			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:	
Hasta			Nombre Supervisor:	
			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 sustancias 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 mi 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 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
<b>TOTAL</b>		

REQUISITOS MÍNIMOS:	
EXPERIENCIA ADICIONAL:	
PREPARACIÓN ADICIONAL:	
ENTREVISTA:	
EXAMEN ESCRITO:	
PREFERENCIA VETERANOS:	
OTROS:	
<b>TOTAL:</b>	
____ / ____ / ____	_____ Técnico Evaluador (Nombre)
____ / ____ / ____	_____ 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.