SARHRL-DA-ADEA-23

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE PUERTO RICO

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO DE EMPRESAS AGROPECUARIAS

ADEA

SOLICITUD DE EXAMEN

Correo electrónico

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

SECRETARÍA AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES
PO BOX 10163
SAN JUAN, PR 00908-1163

NO ESCRIBA AQUÍ	
PUNTUACIÓN OBTENIDA:	
PREFERENCIA VETERANO:	
PREFERENCIA IMPEDIMENTO:	
BENEFICIOS LEY NÚM. 1:	
NOTA FINAL:	
DESEMPATE:	

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. DIRECCIÓN

(Calle) (Número)

(Apartado de Correo) (Pueblo) (Zip Code)

2a. Números de Teléfono

Residencia _____
Trabajo _____
Otro _____

2b. Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)

3. Título del examen que desea tomar según se anuncia en la convocatoria ☐ Ingreso ☐ Ascenso

_____

Llene una solicitud para cada examen

4. LUGAR DE NACIMIENTO

_____

(Ciudad) (Estado o País)

7. SERVICIO MILITAR Veterano ☐ No Veterano ☐

Si es veterano, indique

a. Fecha ingreso al servicio militar _____
b. Fecha de Licenciamiento _____
c. ¿Tiene establecido su preferencia de veterano en esta oficina? Sí ☐ No ☐

Para reclamar preferencia de veterano debe llenar el Formulario OCAP-4 y someter el Certificado de Licenciamiento u otros documentos acreditativos.

5. ¿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 ☐

9. PUEBLOS DONDE ACEPTARÍA EMPLEO

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

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)

Tipo de Nombramiento que aceptaría:

Regular ☐ Transitorio ☐ Jornada Parcial ☐

11. PREPARACIÓN ACADÉMICA (Haga un círculo alrededor del grado más alto aprobado)

a. ESCUELA ELEMENTAL E INTERMEDIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9		Dirección	Período (Mes y Año)
Institución	Se graduó Sí ☐ No ☐		Desde: Hasta:
b. ESCUELA SUPERIOR 10 11 12	Se graduó Sí ☐ No ☐	Dirección	Período (Mes y Año)
Institución	Curso		Desde: Hasta:
c. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS 1 2 3 4 5	Total de créditos aprobados	Dirección	Período (Mes y Año)
Institución			Desde: Hasta:
Grado recibido	Fecha	Asignatura Principal	Créditos
d. ESTUDIOS POSTGRADUADOS	Materia	Asignatura Secundaria	Créditos
Institución	Grado recibido	Créditos aprobados	¿Terminó? Sí ☐ No ☐ / Período (Mes y Año) Desde: Hasta:

e. OTROS CURSOS (Especifique) Institución y Duración (Día, Mes y Año)

12. ENUMERE SOLAMENTE AQUELLOS CURSOS O ADIESTRAMIENTOS RELACIONADOS CON EL EXAMEN QUE SOLICITA

INSTITUCIÓN	TÍTULO DEL CURSO	DURACIÓN DEL CURSO

13. LICENCIA QUE POSEE Y COLEGIACIÓN
Véase apartado 13a al dorso

Clase	Número	Fecha en que fue expedida	Fecha de vencimiento

Puede indicar si tiene algún impedimento físico Sí ☐ No ☐

Si su contestación anterior fue afirmativa, indique cuál es su impedimento

_____

Usted no está obligado a informar que es una persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de que se le considere para un beneficio de la Ley #81 de 27 de julio de 1996, sobre igualdad de oportunidades de empleo para personas con impedimento. Esta información nos ayudará además para ofrecerle alternativas de acomodo razonable a la hora de tomar nuestros exámenes.

Puede indicar si es una persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental Sí ☐ No ☐

Usted no está obligado a informar que es una persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios de la Ley de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

ACCIÓN TOMADA ☐ Aceptada ☐ Devuelta ☐ Denegada

POR: FECHA:

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

14. EXPERIENCIA: Incluya una de su experiencia comenzando con su último empleo. Si fuera necesario use una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Indique la case 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 o solo parte de tiempo. Especifique si durante los períodos de empleo ha estado fuera en uso de licencia sin sueldo, licencia militar o licencia con sueldo para estudios. Indique las fechas exactas (día, mes y año).

(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año) Desde: Hasta:
Título del puesto ocupado por usted	Sueldo Mensual Inicial:
Deberes (Descríbalos brevemente)	Final:
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año) Desde: Hasta:
Título del puesto ocupado por usted	Sueldo Mensual Inicial:
Deberes (Descríbalos brevemente)	Final:
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año) Desde: Hasta:
Título del puesto ocupado por usted	Sueldo Mensual Inicial:
Deberes (Descríbalos brevemente)	Final:
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes y año) Desde: Hasta:
Título del puesto ocupado por usted	Sueldo Mensual Inicial:
Deberes (Descríbalos brevemente)	Final:

NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA

RESUMEN DE EVALUACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS..... _____

ENTREVISTA ..... _____

EXPERIENCIA ADICIONAL..... _____

AÑOS	MESES	PUNTUACIÓN

TOTAL..... _____

PREPARACIÓN ADICIONAL..... _____

_____

_____

PREFERENCIA DE VETERANO..... _____

PREFERENCIA POR IMPEDIMENTO ..... _____

PREFERENCIA POR PERSONA BENEFICIARIA DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA ECONÓMICA GUBERNAMENTAL..... _____

NOTA..... _____

Fecha	Técnico
Revisado por:	

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

15. CONTESTE SÍ O NO: HA SIDO CONVICTO DE ALGÚN DELITO GRAVE (felony). Especifique

¿Ha sido convicto de algún delito grave (felony)? _____ ¿Has sido indultado? _____ ¿Has sido destituido de algún puesto público? _____

¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Capacitación y Asesoramiento en Asuntos Laborales y de Administración de Recursos Humanos? _____

16. ¿Ha sido declarado inelegible para el servicio público por concepto de estudios realizados mediantes becas o licencias sin sueldo? _____

17. 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 que cualquier tergiversación de hechos u omisión de información, serán causa suficiente para que se me declare inelegible para ocupar puestos en la Administración o se me destituya de mi puesto.

_____ Fecha

_____ Firma (no use letra de molde)

13ª. INFORMACIÓN SOBRE LICENCIAS Y COLEGIACIÓN (USE HOJA DE PAPEL ADICIONAL)

LICENCIAS

a. Fecha en que obtuvo la primera licencia provisional.
b. Fecha en que obtuvo la licencia regular. Indique 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 corresponde a su profesión.

COLEGIACIÓN

En las profesiones que corresponda, el solicitante deberá someter evidencia de estar colegiado y al día en el pago de sus cuotas.

IMPORTANTE: Esta información es ESENCIAL para acreditar la experiencia profesional. Las solicitudes de aquellos aspirantes que no la provean no podrán ser evaluadas.