

15. EXPERIENCIA

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. DESCRIBA SUS DEBERES DESTACANDO LAS FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PUESTO SOLICITADO. TODA EXPERIENCIA AQUÍ CITADA, DEBERÁ RESPALDARSE CON CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA O EMPRESA DONDE PRESTE O HAYA PRESTADO SERVICIOS. ESTAS CERTIFICACIONES DEBERÁN INCLUIR: POSICIÓN OCUPADA, Y FECHAS EXÁCTAS DE LA EXPERIENCIA Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PUESTO.

a. Nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo:	Desde: _____ (Día) (Mes) (Año)
Título del empleo ocupado por usted:	Hasta: _____ (Día) (Mes) (Año)
Funciones: (Descripción General)	

b. Nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo:	Desde: _____ (Día) (Mes) (Año)
Título del empleo ocupado por usted:	Hasta: _____ (Día) (Mes) (Año)
Funciones: (Descripción General)	

c. Nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo:	Desde: _____ (Día) (Mes) (Año)
Título del empleo ocupado por usted:	Hasta: _____ (Día) (Mes) (Año)
Funciones: (Descripción General)	

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

16. MARQUE SÍ O NO:

¿Ha sido destituido(a) de algún puesto público? Sí NO

¿Ha sido habilitado(a) por la Oficina de Habilitación para el Servicio Público en el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos? En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto. Sí NO

¿Ha sido convicto de alguna violación a la Ley, exceptuando ofensas menores de tránsito? Sí NO

17. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR MÍ EN ESTA SOLICITUD ES CIERTA, EXÁCTA Y VERÍDICA. QUE HE EXPUESTO LA MISMA DE BUENA FE, SIN DESVIRTUAR LOS HECHOS NI COMETER FRAUDE. AFIRMO QUE LOS DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA SOLICITUD SON DE CARÁCTER OFICIAL Y QUE NO HAN SIDO ALTERADOS, ENTENDIENDASE QUE LOS MISMOS PASAN A SER PROPIEDAD DE LA CORPORACIÓN. TENGO CONOCIMIENTO DE QUE CUALQUIER TERGIVERSACIÓN DE HECHOS U OMISIÓN DE INFORMACIÓN, HECHOS EN FORMA DELIBERADA DE MI PARTE, SERÁN CAUSA SUFICIENTE PARA QUE SE ME DECLARE INELEGIBLE COMO ASPIRANTE O SE ME DESTITUYA COMO INCUMBENTE DE UN PUESTO EN LA CORPORACIÓN.

AUTORIZO A LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES) A REALIZAR CUALQUIER INVESTIGACIÓN SOBRE MIS REFERENCIAS PERSONALES Y MI EXPEDIENTE DE EMPLEADO EN CUALQUIERA DE LAS ORGANIZACIONES (PÚBLICAS O PRIVADAS) PARA LAS CUALES HE TRABAJADO.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

_ PARA USO OFICIAL DE LA ASES

REVISADO POR: _____

FIRMA EMPLEADO RECURSOS HUMANOS

FECHA

La Administración de Seguros de Salud (ASES), patrono con igualdad de oportunidades de empleo, ofrece la oportunidad a toda persona calificada en atención al principio de mérito, sin discrimen por razón de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social, por ideas políticas o religiosas, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, por agresión sexual o acoso, por condición de veterano, por impedimento físico o mental, por orientación sexual real o percibida, o por la identidad de género