

Oficina de Capital Humano y Desarrollo Organizacional  
**SOLICITUD DE EMPLEO**

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Número de convocatoria: \_\_\_\_\_

**Sección 1 DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Teléfono Residencial: ( )		
				Teléfono Móvil: ( )		
				Correo Electrónico:		
Dirección Residencial				Ciudad	País	Código Postal
Dirección Postal				Ciudad	País	Código Postal
<p><b>¿Si no es ciudadano de Estados Unidos de América ¿está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p>						
<p>Indique si es veterano <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Si la contestación es afirmativa, indique la fecha de servicio, desde _____ hasta _____</p> <p>Rango alcanzado _____ ¿Veterano Incapacitado? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p>						

**Sección 2 INFORMACIÓN GENERAL**

Jornada de Trabajo	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Parcial				
¿Puede realizar las funciones esenciales del puesto que solicita con o sin acomodo razonable?	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>					
	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>					
¿Ha sido usted empleado anteriormente por la Autoridad del Puerto de Ponce?	<input type="checkbox"/> Si, desde	<input type="checkbox"/> No	Departamento:			
Actualmente, trabaja o ha trabajado algún familiar suyo para la Autoridad del Puerto de Ponce.	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>				

# SOLICITUD DE EMPLEO

## Sección 3

## PREPARACIÓN ACADÉMICA

¿Se graduó de Escuela Superior o su equivalente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha		
Si la contestación a la pregunta anterior es no, circule e indique el grado más alto aprobado		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11			
Si se graduó, indique el curso	General <input type="checkbox"/>  Equivalencia del Departamento de Educación de Puerto Rico <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Vocacional <input type="checkbox"/>		
Si realizó estudios universitarios, técnicos o comerciales favor indicarlo comenzando desde el más reciente					
Institución	País	Grado obtenido	Año de Graduación	Especialidad	Créditos aprobados
Indique otros cursos o adiestramientos aprobados					
Institución	Curso			Duración	

## Sección 4

## DESTREZAS Y LICENCIAS QUE POSEE

Utilice la siguiente escala para identificar su nivel de dominio del idioma:    1- Poco o Ninguno    2- Regular    3- Dominio completo

Español	Entiende	[ ]	Lee	[ ]	Escribe	[ ]	Habla	[ ]
Inglés	Entiende	[ ]	Lee	[ ]	Escribe	[ ]	Habla	[ ]
Otros: _____	Entiende	[ ]	Lee	[ ]	Escribe	[ ]	Habla	[ ]
_____	Entiende	[ ]	Lee	[ ]	Escribe	[ ]	Habla	[ ]

Habilidades y destrezas profesionales que posee:

# SOLICITUD DE EMPLEO

Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio, esto incluye los vehículos de motor cuando sea requerido en el puesto			
Clase	Número	Fecha expedida	Fecha de vencimiento
Colegiación			
Clase	Número Colegiación	Fecha efectividad	Fecha de vencimiento

Favor incluir la evidencia pertinente

## Sección 5 HISTORIAL DE EMPLEO

Patrono	Título del Puesto	Desde (mes/día/año)	Hasta (mes/día/año)	Nombre y título del Supervisor
Dirección				
Teléfono del patrono				
Breve descripción de las Tareas				
Desde (mes/día/año)	Hasta (mes/día/año)	Título del Puesto	Sueldo	Jornada
				Completa _____ Parcial _____ Horas Semanales _____
Nombre, dirección y teléfono del patrono		Nombre y título del Supervisor		
Tareas				
Desde (mes/día/año)	Hasta (mes/día/año)	Título del Puesto	Sueldo	Jornada
				Completa _____ Parcial _____ Horas Semanales _____
Nombre, dirección y teléfono del patrono		Nombre y título del Supervisor		

**Sección 6**

**OTROS DATOS**

Conteste las siguientes preguntas marcando con una **X** en el encasillado correspondiente.

¿Ha sido destituido del Servicio Público? Si  No

¿Ha sido habilitado por el Director(a) de la Oficina de la Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico?  
En caso afirmativo, acompañe documentos al efecto

¿Ha sido convicto de algún delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral? Si  No

¿Hace uso habitual o excesivos de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Si  No

¿Ha incurrido en conducta deshonrosa? Si  No

¿Tiene usted la obligación de cumplir con la Ley Núm.168-2000, según enmendada, conocida como “Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada?” Si  No

¿En caso afirmativo, está usted cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada? Si  No

**Sección 7**

**REFERENCIAS (no pueden ser familiares)**

Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Declaración del Solicitante:

Certifico que toda la información ofrecida por mí en esta solicitud es cierta, completa y verídica en todos los aspectos y sus partes. Estoy de acuerdo en que de encontrarse falsa alguna de la información aquí suministrada o fraude en la información provista será suficiente a que mi solicitud sea denegada y mi nombre sea eliminado del registro de elegibles y de ser nombrado se me podrá separar legalmente del puesto que ocupe. Autorizo además, al representante del Departamento de Recursos Humanos de la Autoridad del Puerto a verificar la información, de las declaraciones hechas por mi en esta solicitud.

---

Fecha de Solicitud

---

Firma del Solicitante (firme en tinta)

**Patrono con Igualdad de Oportunidades de Empleo**