

9. ¿Qué tipo de acomodo razonable usted necesita para completar la Solicitud de Examen?

10. ¿Se graduó de Escuela Superior?

Sí

No

a. Nombre de la escuela:

b. Fecha de graduación:

Nombre

Fecha

c. Indique el grado más alto aprobado, si no se graduó:

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

11. Universidades, escuelas comerciales o vocacionales a las que haya asistido:

1

a. Institución:

b. Fecha:

Nombre de la Institución

| Desde | Hasta |
|-------|-------|
| | |

c. ¿Se graduó?

Sí

No

d. Total de créditos aprobados _____

e. Grado obtenido:

f. Concentración o especialidad del grado obtenido:

Fecha del grado obtenido

2

a. Institución:

b. Fecha:

Nombre de la Institución

| Desde | Hasta |
|-------|-------|
| | |

c. ¿Se graduó?

Sí

No

d. Total de créditos aprobados _____

e. Grado obtenido:

f. Concentración o especialidad del grado obtenido:

Fecha del grado obtenido

3

a. Institución:

b. Fecha:

Nombre de la Institución

| Desde | Hasta |
|-------|-------|
| | |

c. ¿Se graduó?

Sí

No

d. Total de créditos aprobados _____

e. Grado obtenido:

f. Concentración o especialidad del grado obtenido:

Fecha del grado obtenido

12. Enumere los adiestramientos relacionados con el examen que solicita (someta evidencia de los mismos).

| Institución | Título del Adiestramiento |
|-------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

13. Licencias para ejercer la profesión u oficio: (someta evidencia de las mismas)

| Clase: | Número | Fecha de expedición | Fecha de vencimiento |
|--------|--------|---------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

14. Incluya una relación de su experiencia de trabajo comenzando con su último empleo. Sea específico(a) indicando puestos y fechas. (Para que las experiencias puedan ser acreditadas deberá incluir certificaciones de empleo de las mismas)

1

a. Título oficial del puesto:

_____ Título

b. Nombre del patrono:

_____ Nombre

c. Dirección:

_____ Calle, Número y Barrio

_____ Ciudad Estado o País

d. Nombre y título de su supervisor(a):

e. Teléfono:

f. Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su responsabilidad:

Desde

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
| | | |

Hasta

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Empleado(a) del Gobierno indique:

- Regular
- Probatorio
- Confianza
- Transitorio
- Jornada parcial:

horas

2

a. Título oficial del puesto:

Título

b. Nombre del patrono:

Nombre

c. Dirección:

Calle, Número y Barrio

Ciudad

Estado o País

d. Nombre y título de su supervisor(a):

e. Teléfono

f. Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su responsabilidad:

Desde

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
| | | |

Hasta

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Empleado(a) del Gobierno indique:

- Regular
- Probatorio
- Confianza
- Transitorio
- Jornada parcial:

horas

3

a. Título oficial del puesto:

Título

b. Nombre del patrono:

Nombre

c. Dirección:

Calle, Número y Barrio

Ciudad

Estado o País

d. Nombre y título de su supervisor(a):

e. Teléfono

f. Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su responsabilidad:

Desde

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
| | | |

Hasta

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Empleado(a) del Gobierno indique:

- Regular
- Probatorio
- Confianza
- Transitorio
- Jornada parcial:

horas

15. Conteste “Sí o No”:

- ¿Es adicto(a) al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?
- ¿Ha sido convicto(a) de algún delito grave (felony)?
- ¿Ha incurrido en conducta deshonrosa?
- ¿Ha sido indultado(a)?
- ¿Tiene sentencia conmutada?
- ¿Ha sido destituido(a) de algún puesto público?
- ¿Ha sido habilitado(a) por el(la) Director(a) de la Oficina de Administración y Transformación de los recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)? (En caso afirmativo, deberá acompañar documentación al efecto.)
- ¿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”
- En caso de haber contestado afirmativo en la pregunta sobre la Ley 168-2000, según enmendada, ¿está usted cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada?

| Si | No |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Certificación

Declaro que la información incluida por mí en este formulario es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que, de descubrirse falsedad o fraude, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de haber sido nombrado(a), se me podrá separar del puesto que ocupe. Tengo conocimiento que el empleo al cual soy aspirante está sujeto a los resultados de las pruebas de pre-empleo y requisitos del puesto. Autorizo al(la) representante de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres a verificar la información de las declaraciones hechas por mí en esta solicitud.

Firma del(de la) Candidato(a)

Fecha de la Solicitud

Para uso de la Oficina de Recursos Humanos

Acción tomada:

- Aceptada Denegada
- Devuelta

a. Evaluado por:

Nombre y firma del(la) Oficial Autorizado(a) de la Oficina de Recursos
Oficina de Recursos Humanos

b. Fecha: _____

| Año | Meses | Puntos |
|--------------|-------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL | | |

Experiencia trabajo adicional

X 0.
= _____

Resumen de Evaluación

| | |
|----------------------------------|--|
| Requisitos Mínimos | |
| Experiencia de trabajo adicional | |
| Preparación académica adicional | |
| Entrevista | |
| Examen escrito | |
| TOTAL | |