

OFICINA DEL INSPECTOR GENERAL
PO BOX 101733
SAN JUAN, PR 00919-1733

SOLICITUD DE EXAMEN	NO ESCRIBA AQUÍ:					
	Examen anterior:		Nota:			
	Fecha en que tomó examen:					
	Cotejado por:					
INFORMACIÓN SOBRE LA CONVOCATORIA						
Instrucciones: 1. Llene una solicitud para cada convocatoria. 2. Llénese a máquina o con tinta, en letra de molde. 3. Lea cuidadosamente y asegúrese que todos los apartados han sido debidamente llenados. Si alguno no aplica favor de escribir lo siguiente: N/A. 4. No se aceptarán solicitudes incompletas.			Número de convocatoria: Título del puesto que solicita según se anuncia en la convocatoria:			
¿Ha tomado exámenes anteriormente en esta Entidad? En caso de afirmativa, indique la fecha en que lo tomó y el título del puesto del examen: (Día) (Mes) (Año) Título del puesto del Examen						
INFORMACIÓN PERSONAL						
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	Inicial	
Núm. de Seguro Social	XXX	XX		Correo Electrónico:		
Número de Celular:				Licencia de Conducir:	Categoría:	
Número Alterno:				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dirección Postal:			Dirección Física:			
_____			_____			
_____			_____			
Código Postal			Código Postal			
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (los ciudadanos americanos naturalizados deben mostrar el certificado de naturalización; extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los Estados Unidos deben presentar documento vigente de autorización para empleo)						
PREPARACIÓN ACADÉMICA						
¿Posee grado de cuarto año de escuela superior o su equivalente?: SÍ <input type="checkbox"/> , en caso de afirmativo, indique nombre y dirección: NO <input type="checkbox"/> , marque el grado más alto aprobado, 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 <input type="checkbox"/>						
Indique las Universidades, Escuelas Comerciales o Vocacionales a las que haya asistido (acompañe evidencia)						
Institución	Desde	Hasta	Créditos Aprobados	Se graduó SÍ o NO	Grado Obtenido	Asignatura Principal / Concentración
¿Estudio en Instituciones fuera de Puerto Rico? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de afirmativo, indique nombre y dirección de la Institución educativa: (acompañe certificación de acreditación por las autoridades competentes)						
Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el puesto que solicita (acompañe evidencia)						
Institución	Título del Curso		Duración del Curso			
Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio (acompañe evidencia)						
Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento			
Toda solicitud de empleo deberá acompañarse de evidencias de preparación académica. Para los puestos que así lo requieran, se deberá presentar, además, evidencia de licencia, colegiación o certificados.						
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO						
ACCIÓN TOMADA: <input type="checkbox"/> ACEPTADA <input type="checkbox"/> DEVUELTA <input type="checkbox"/> DENEGADA						
NOTAS:						
POR: _____			FECHA: _____			

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 las 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, fechas exactas de la experiencia y descripción de las funciones del puesto. En puestos donde la convocatoria indique como requisito mínimo experiencia de empleo, es indispensable que incluya las certificaciones oficiales de experiencia.

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

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

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

Indique si interesa solicitar preferencia o bonificación por los siguientes conceptos, (debe presentar documento que así lo acredite):

Ley Núm. 203-2007, Derecho de Preferencia de Veterano.

Ley Núm. 218-2003, Ley de Protección para los Miembros de los Servicios Uniformados de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, Guardia Estatal, empleado civil del Cuerpo de Ingenieros o del Servicio Médico Nacional contra Desastres en igualdad de condiciones académicas, técnicas o de experiencia.

Ley Núm. 81-1996, Beneficio a toda persona con impedimento cualificada.

Ley Núm. 1-2004, Beneficiario de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico.

Ley Núm. 53-2022, Beneficiario de la Ley para Disponer las Condiciones en que los Pensionados puedan Servir al Gobierno de Puerto Rico sin menoscabo de sus pensiones.

Conteste Sí o No:

1. ¿Ha sido usted empleado anteriormente por la Oficina del Inspector General de Puerto Rico? Si No En caso afirmativo, indique la fecha:
2. ¿Actualmente, trabaja o ha trabajado algún familiar o pariente suyo en la OIG? Si No En caso afirmativo, indique nombre y apellidos del familiar:
3. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Si No
4. ¿Ha sido convicto o acusado de alguna violación a la Ley, exceptuando ofensas menores de tránsito? Si No
5. ¿Ha sido destituido de algún puesto en el gobierno o en el servicio público? Si No
6. ¿Ha sido habilitado por la Oficina de la Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)? Si No
En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.
7. ¿Tiene usted obligación de cumplir con la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada"? Si No
Si No ¿Está cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada? Si No

Certifico que la información ofrecida por mí en esta solicitud es cierta, exacta 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, entiéndase, que los mismos pasan a ser propiedad de la Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG). Tengo conocimiento que, de 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 OIG.

Autorizo a la Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG) 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 OIG

Revisado por: _____

Firma Representante de Recursos Humanos

Fecha

La Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG), patrono con igualdad de oportunidades de empleo, ofrece la oportunidad a toda persona cualificada 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.