



Autoridad de los Puertos de Puerto Rico
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS Y ASUNTOS LABORALES
PO BOX 362829
SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

USO OFICIAL
No Cualifica _____
Cualifica _____
Puntuación _____
Iniciales _____

SOLICITUD DE EMPLEO

CONVOCATORIA NÚMERO: _____ TÍTULO DEL PUESTO _____

Favor de llenar cuidadosamente todos los apartados de la solicitud. Utilice tinta o maquinilla. Si alguno de los apartados no le aplica favor de indicar lo siguiente: N/A. Asegúrese de firmar la solicitud y acompañarla de los siguientes documentos: 1) Evidencia de preparación académica requerida: diplomas, licencias vigentes, colegiaciones vigentes, certificados de adiestramientos y transcripción de créditos oficial original de la institución educativa correspondiente (o certificación de grado correspondiente). 2) Certificación de empleo en empresa privada o agencia del gobierno donde preste o haya prestado servicios que incluya puesto ocupado, salario semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial, fechas exactas en que se adquirió la experiencia (día – mes – año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleo a jornada parcial, y descripción de los deberes y la naturaleza del trabajo. 3) Certificación de Radicación de Planillas, que presente evidencia acreditativa de que rindió la Planilla de Contribución sobre Ingresos durante los últimos cuatro (4) años, que puede solicitar en la Colecturía de Rentas Internas, o en la Colecturía de Rentas Internas Virtual (debe presentar evidencia de número de validación). Si somete copias fotostáticas de los documentos, los originales deben estar disponibles para verificación. 4) Puede entregar la solicitud personalmente en nuestra oficina o enviarla por correo.

PARTE A: DATOS PERSONALES	
1. Nombre y Apellidos	2. Seguro Social (Proporcionar el número de Seguro Social es voluntario)
3. ¿Está autorizado para trabajar y residir en territorio americano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Dirección Residencial	5. Teléfonos y dirección electrónica Trabajo: _____ Residencia: _____ Celular: _____ Dirección electrónica: _____ (E-mail)
6. Dirección Postal	
7. ¿Tiene algún familiar trabajando en esta Agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco _____ Nombre _____ División _____ Parentesco _____ Nombre _____ División _____	
8. ¿Trabajó anteriormente para esta agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puesto _____ División _____ Fecha _____	
9. Pueblos en que aceptaría empleo en orden de preferencia:	
10. ¿Posee licencia para conducir vehículos de motor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Categoría _____ Número _____ Fecha de Expiración _____	
11. ¿Aceptaría trabajar turnos rotativos que incluyan sábado, domingo y días feriados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Indique si tiene licencia para ejercer su profesión u oficio. Acompañe documentación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Clase _____ Número _____ Fecha de Expiración _____ ¿Está colegiado conforme a las regulaciones de su profesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número _____ Fecha de Expiración _____	
13. Indique si necesita acomodo razonable para ser entrevistado o realizar un examen. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique:	
14. ¿Ha sido convicto de algún delito grave? ("Felony") <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indultado <input type="checkbox"/> Sentencia conmutada Explique:	

15. ¿Ha sido destituido de algún puesto público? (En caso afirmativo deberá someter carta de habilitación de la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos - OATRH) Sí No
16. ¿Es usuario habitual de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Sí No
Explique:
17. Ley Núm. 1 de 7 de enero de 2004, para Calificar a personas beneficiarias de programas de asistencia económica. **Proporcionar esta información es voluntario.**
¿Es participante de ayuda gubernamental? Sí (Deberá presentar evidencia) No
18. La Ley Núm. 203 del 14 de diciembre de 2007, Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI, establece que se adjudicará puntuación adicional a la nota obtenida por concepto de Derecho de Preferencia de Veterano, a todo Veterano Licenciado Honrosamente. Para solicitar la Preferencia de Veterano deberá someter copia de la forma DD-214.
¿Solicita el beneficio de Preferencia de Veterano? Sí No
19. La Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, otorga el beneficio de cinco (5) puntos o el cinco por ciento (5%) de la puntuación total del examen adicionales a la nota de pase obtenida por una persona con impedimento cualificada en cualquier examen. El beneficio de esta ley no aplicará a las personas con impedimentos que cualifiquen a la preferencia a veteranos. **Aunque usted no está obligado a informar que es una persona con impedimento, deberá hacerlo para ser considerado a los beneficios que confiere esta ley.** De solicitar el mismo, debe someter un certificado médico con doce (12) meses o menos de expedición.
¿Solicita el beneficio de bonificación para persona con impedimento? Sí No

PARTE B: PREPARACIÓN ACADÉMICA

1. Preparación Académica. Acompañe documentación.
- Doctorado Institución _____
Curso de Estudio / Concentración _____
- Maestría Institución _____
Curso de Estudio / Concentración _____
- Bachillerato Institución _____
Curso de Estudio / Concentración _____
- Grado Asociado Institución _____
Curso de Estudio / Concentración _____
- Cursos postsecundarios Institución _____
Curso de Estudio / Concentración _____
- 4to. año 9no. año Institución _____
Curso de Estudio / Concentración: General Secretarial Oficinista
 Oficinista Contabilidad Otro _____

2. Universidad, Escuelas Comerciales o Vocacionales

Nombre y dirección de la Institución	Fecha		Graduado		Curso de Estudio / Concentración	Grado Obtenido
	Desde	Hasta	Si	No		
Elemental						
Intermedia						
Superior						
Universidad						
Estudios Graduados						

3. Indique si estudia actualmente. (Acompañe documentación) Sí No
Institución _____ Curso _____

4. Adiestramientos, cursos especializados y seminario recibidos, relacionados con el trabajo que solicita. Acompañe la documentación.

Título	Duración	Fecha	Institución

5. Indique que idiomas habla, lee y escribe:

Idioma: Español				Idioma: Inglés			
Hablo:	<input type="checkbox"/>	Con fluidez	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>	Regular	
Escribo:	<input type="checkbox"/>	Con fluidez	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>	Regular	
Leo:	<input type="checkbox"/>	Con fluidez	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>	Regular	
Idioma: _____				Idioma: _____			
Hablo:	<input type="checkbox"/>	Con fluidez	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>	Regular	
Escribo:	<input type="checkbox"/>	Con fluidez	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>	Regular	
Leo:	<input type="checkbox"/>	Con fluidez	<input type="checkbox"/>	Bien	<input type="checkbox"/>	Regular	

6. Indique si posee destrezas en:

<input type="checkbox"/> MS Word	<input type="checkbox"/> MS PowerPoint	<input type="checkbox"/> Oracle	<input type="checkbox"/> Adobe Professional
<input type="checkbox"/> MS Excel	<input type="checkbox"/> Outlook	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Cuadro telefónico
<input type="checkbox"/> MS Access	<input type="checkbox"/> Auto CAD	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Document Management Application

Otros: _____

Operación de máquinas, indique: _____

PARTE C: HISTORIAL DE EMPLEO – Comience con su empleo actual o el más reciente, si está desempleado. Incluya, si desea, un resume para información adicional.

Nombre del Patrono:		Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)
Dirección:		Teléfono:	
Título del puesto:	Salario inicial:	Horas Trabajadas:	
Descripción clara y breve de su trabajo:			
Nombre y título de su supervisor inmediato:			
Nombre del Patrono:		Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)
Dirección:		Teléfono:	
Título del puesto:	Salario inicial:	Horas Trabajadas:	
Descripción clara y breve de su trabajo:			
Nombre y título de su supervisor inmediato:			

Nombre del Patrono:		Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)
Dirección:		Teléfono:	
Título del puesto:	Salario inicial:	Horas Trabajadas:	
Descripción clara y breve de su trabajo:			
Nombre y título de su supervisor inmediato:			
PARTE D: REFERENCIAS PERSONALES			
Anote la información requerida de tres (3) personas que no sean familiares ni patronos anteriores			
Nombre	Ocupación	Teléfono	Dirección

FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR LA SOLICITUD

1. La Autoridad de los Puertos es un Patrono que observa la Igualdad de Oportunidades en el Empleo y la Acción Afirmativa y No Discrimina por Razón de raza, color, edad, género o identidad de género, sexo, estado de embarazo, orientación sexual real o percibida, nacimiento, edad, origen o condición social, estatus civil, ideas o creencia políticas o religiosas, limitación o impedimento físico o mental, estatus serológico, condición de veterano o por ser víctima o percibirse como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.
2. Todo candidato preseleccionado será elegible para incluirse en el registro correspondiente.
3. El candidato seleccionado, luego del proceso de entrevista y aprobar los exámenes requeridos, será sometido a los exámenes y **pruebas médicas, físicas y psicológicas, requeridas por ley o aquellas que la Autoridad considere necesarias** y que estén relacionadas con las funciones de los puestos, como parte del proceso de reclutamiento.
4. Es política pública de la APPR combatir el grave problema del uso ilegal de sustancias controladas en Puerto Rico mediante la detección de sustancias controladas en funcionarios y empleados de la Agencia, así como la implantación de un sistema complementario de referido para orientación, tratamiento y rehabilitación de las personas así afectadas. Como parte de los procedimientos se establece que se administrarán pruebas para la detección de sustancias controladas a todos los candidatos para ocupar puestos en la APPR, como parte de una evaluación médica general, a fin de determinar que están física y mentalmente capacitados para desempeñar las funciones de dichos puestos. Las pruebas serán administradas por la entidad cualificada contratada por la Administración. La negativa del candidato a empleo de someterse a dichas pruebas, o un resultado positivo, así certificado por el laboratorio autorizado, será causa suficiente para denegar el empleo.
5. Declaro que no estoy incumpliendo con lo ordenado en la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como "Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada", y los planteamientos en ella expuestos.
6. Declaro que la información ofrecida por mí en esta solicitud es exacta y verídica y que he expresado la misma sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude.
7. Confirmando que se incluyen todos los documentos requeridos para completar esta solicitud.
8. Afirmando que los documentos que se incluyen con la misma son de carácter oficial y que no han sido alterados, entiendo que estos pasan a ser propiedad de la APPR. Tengo conocimiento de que cualquier tergiversación de hechos y/u omisión de información en forma deliberada de mi parte serán causa suficiente para que me descalifique como aspirante o se me destituya de ser empleado de la APPR.
9. Autorizo a la APPR a realizar cualquier investigación sobre mis referencias personales, educativas y de empleo.

CERTIFICO, haber leído y completado en todas sus partes la Solicitud de Empleo y que toda la información aquí indicada es cierta.

En _____, hoy _____ de _____ de _____.

PUEBLO DÍA MES AÑO

FIRMA