



PARA USO DE PRITS	
Nota del Examen/Evaluación	_____
Pref. de Veterano	_____
Pref. por Impedimento	_____
Otros:	_____
Nota Final	_____

SOLICITUD DE EXAMEN

DATOS PERSONALES

ESTA OFICINA PROVEE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO

<p>1. Título del puesto que solicita según se anuncia en la convocatoria:</p> <p>_____</p> <p>2. Nombre (Apellidos primero en letra de molde)</p> <p>_____ APELLIDO PATERNO</p> <p>_____ APELLIDO MATERNO</p> <p>_____ NOMBRE</p> <p>_____ INICIAL (segundo nombre)</p>	<p>8. ¿Ha radicado para este puesto anteriormente? No Sí</p> <p>Fecha: _____</p> <p>9. TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTARIA</p> <p>Regular Transitorio Jornada Parcial</p>
<p>4. Dirección donde recibe la correspondencia:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ Zip Code _____</p>	<p>10. Conforme a la Ley 81 del 27 de julio de 1996 de Igualdad de Oportunidades de Empleo para personas con impedimentos, usted no está obligado a informar que es una persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de sumar cinco (5) puntos o el cinco (5%) por ciento, lo que sea mayor a la calificación obtenida.</p> <p>Indique si va reclamar el derecho a preferencia: Sí No</p>
<p>5. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted:</p> <p>Residencia _____</p> <p>Trabajo _____</p> <p>Otro / Celular _____</p>	<p>11. PREFERENCIA DE VETERANOS: Para orientación, documentos y solicitud del formulario.</p> <p>¿Es veterano? Sí No</p>
<p>Esta información es voluntaria, la misma será utilizada para propósitos estadísticos.</p> <p>6. Fecha y lugar de nacimiento:</p> <p>_____</p> <p>Día Mes Año Ciudad Estado o País</p>	<p>12. La Ley Núm. 1 del 7 de enero de 2004 otorga el beneficio de cinco (5) puntos o el cinco (5%) por ciento de la puntuación total del examen a los beneficiarios de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental</p> <p>Indique si va a reclamar el derecho a preferencia Sí No</p>
<p>7. Género: Femenino Masculino Prefiero no identificarme</p>	

PREPARACIÓN ACADÉMICA

13. Universidades, Escuelas, Vocacionales o Universidades a las que haya asistido:								
NOMBRE DE LA ESCUELA	LOCALIDAD	Desde	Hasta	Créditos Aprobados	¿Se graduó? Sí o No	Mes y Año de Graduación	Grado Obtenido	Créditos
		Años Estudiados						
Elemental								
Superior								
Colegio o Universidad								
Otros								
14. Si estudió en instituciones fuera de Puerto Rico, indique dirección lo que se necesita es una transcripción de créditos o diploma								
15. Indique los créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el examen que solicita:								
16. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita:								
INSTITUCIÓN		TÍTULO DEL CURSO				DURACIÓN DEL CURSO		
17. Licencias que posee para ejercer la profesión u oficio		Clase		Número		Fecha Expedida		Fecha Vencimiento
18. Licencia para conducir:								
19. Número de Colegiación (si aplica):					20. Fecha de Admisión al Ejercicio de la Profesión (si aplica):			

NO ESCRIBA ESTE ESPACIO

Acción Tomada: Aceptada Devuelta Denegada

Técnico Evaluador:

Fecha:

RAZONES:

21. EXPERIENCIAS DE TRABAJO
(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. (incluir resume)

Fecha (Indique día, mes, año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior	
Desde			Título del Puesto:
			Nombre Supervisor:
Hasta			Departamento:

Razones para terminar empleo:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades):

Fecha (Indique día, mes, año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior	
Desde			Título del Puesto:
			Nombre Supervisor:
Hasta			Departamento:

Razones para terminar empleo:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades):

Fecha (Indique día, mes, año)		Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior	
Desde			Título del Puesto:
			Nombre Supervisor:
Hasta			Departamento:

Razones para terminar empleo:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades):

22. CONTESTE SÍ O NO:

¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Sí No

¿Ha sido convicto por delito? Sí No En caso afirmativo indique: Indultado Sentencia conmutada

¿Ha sido destituido de algún puesto público? Sí No

¿Ha sido habilitado por el (la) director(a) de la Oficina y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)

Sí No

En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

Por la presente declaro que no abogo ni creo en abogar por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia. (Si en el pasado ha abogado por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia, de información, en pliego aparte). Declaro además, 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 descubrirse falsedad o fraude con lo por mí afirmado, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegible y de haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe.

_____/_____/_____
Día Mes Año Nombre (Use letra de molde) Firma

PRITS es un patrono que observa la igualdad de oportunidades en el empleo y como acción afirmativa no discrimina por razón de raza, color, edad, género o identidad de género, sexo, estado de embarazo, orientación sexual, status serológico, nacimiento, origen o condición social, estatus civil, ideas políticas o religiosas, limitación o impedimento físico o mental, condición de veterano, o por ser víctima o percibirse como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO			REQUISITOS MÍNIMOS:
Año	Meses	Puntuación	EXPERIENCIA ADICIONAL:
			PREPARACIÓN ADICIONAL:
			ENTREVISTA:
			EXAMEN ESCRITO:
			PREFERENCIA VETERANOS:
			OTROS:
			TOTAL:
			_____/_____/_____ Día Mes Año Técnico Evaluador (Nombre)
			_____/_____/_____ Día Mes Año Revisado por: (Nombre)

INSTRUCCIONES

Que indiquen poseer experiencia en empresas privadas excluidas de las disposiciones de la Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico deberán acompañar con su certificación de la agencia o empresa donde preste o haya prestado servicios que incluya lo siguiente: **(Puesto del solicitante, sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial, fechas exactas en que adquirió experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas, si se trata de un empleo a jornada parcial y descripción de deberes.**