



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Defensoría de las Personas con Impedimentos

SOLICITUD DE EMPLEO

DPI SP-01
05/20

Esta Oficina Provee Igualdad de Oportunidad en el Empleo y Mantiene un Ambiente Libre de Drogas
INSTRUCCIONES: Llene los encasillados en tinta azul. Use letra de molde.

1.Nombre (En el mismo orden en que aparece en su tarjeta de Seguro Social):					
2.Nombre:					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
3. Residencia Actual:					
Calle		Barrio o Urb.	Pueblo	¿Desde cuándo reside aquí?	
4. Dirección Postal:					
5. Teléfonos y correo electrónico para comunicarnos con usted:					
6. ¿Tiene licencia de conducir?:		Número de Licencia:		Fecha de Vencimiento:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conductor	Chofer	Vehículo Pesado			
7. ¿Ha sido usted alguna vez convicto por cualquier delito que no sea una violación de tránsito?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Ha incurrido en alguna de las causales de inhabilitación para el Servicio Público?	<input type="checkbox"/>
		Sí	No		Sí No
9. Si la respuesta es afirmativa en cualquiera de los encasillados 7 y 8, favor de explicar cada uno de los casos:					
10. Preparación Académica:					
Escuela	Nombre	Dirección	Curso	Fechas	Diploma o Grado
Superior					
Comercial					
Vocacional					
Colegio					
Universidad					
11. Otras destrezas (cuadro telefónico, idioma, dibujo, operación de máquinas, u otros.):					
12. Otras licencias que posee: (FCC, radio operador, u otras.) Indique número y fecha de vencimiento:					
13. Experiencia Ocupacional:					
COLOQUE LA INFORMACIÓN DE SU ÚLTIMO EMPLEO EN EL PRIMER ENCASILLADO. INCLUYA, SI LO DESEA, COPIA DE SU RESUMÉ PARA INFORMACIÓN ADICIONAL					
Nombre del Patrono:					
Dirección:					
Calle	Número	Ciudad	Estado	Teléfono	
Desde:		Hasta:	Razón por la cual dejó el empleo:		
Puesto:					
Deberes:					
Nombre del Patrono:					
Dirección:					
Calle	Número	Ciudad	Estado	Teléfono	
Desde:		Hasta:	Razón por la cual dejó el empleo:		
Puesto:					
Deberes:					



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Defensoría de las Personas con Impedimentos

Nombre del Patrono:									
Dirección:									
Calle		Número		Ciudad		Estado		Teléfono	
Desde:		Hasta:		Razón por la cual dejó el empleo:					
Puesto:									
Deberes:									
14. Adiestramientos, Seminarios o Cursos Especializados:									
Título del Curso		Fecha		Dirección			Aprobado por		
Idiomas	Español			Inglés			Otros _____		
	Hablo	Leo	Escribo	Hablo	Leo	Escribo	Hablo	Leo	Escribo
Bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estudias actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Sabatino <input type="checkbox"/>									
Concentración (si aplica)									
Institución									
¿Escribe a maquina? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
¿Sabe taquigrafía o escritura rápida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Español PPM <input type="checkbox"/> Inglés PPM <input type="checkbox"/>									
15. REFERENCIAS: Cite tres personas que puedan dar referencias									
Nombre		Dirección				Teléfono			

ADVERTENCIA: Entiendo y acepto el derecho que esta Agencia tiene de verificar toda información ofrecida por mí en esta hoja de solicitud sobre mis empleo anteriores, educación, reputación y para obtener cualquier otra información que la Agencia juzgue necesaria. Entiendo que cualquier declaración falsa, tergiversación u omisión de información relevante y pertinente, durante el proceso de empleo, puede ser causa suficiente tanto para descalificarme para el mismo, como para separarme de él, si ya el empleo me hubiera sido concedido.

Certificación: Certifico, de buena fe, que lo declarado es cierto, completo y correcto a mi mejor entender.

Esta Oficina tiene una política de no discriminar por razón de raza, color, sexo, ideas políticas y religiosas, origen nacional, impedimento físico o mental.

Firma del solicitante			Fecha		
PARA USO DE LA AGENCIA:		Aprobada <input type="checkbox"/>	Denegada <input type="checkbox"/>	Resultado de Examen:	
Comentarios:					

INSTRUCCIONES GENERALES:

IMPORTANTE: Lea cuidadosamente las instrucciones antes de llenar el formulario

- Escriba en forma legible utilizando letra de molde (en tinta azul o en maquina).
- Es necesario ofrecer toda la información que le es requerida. La misma se usará para determinar sus cualificaciones para el empleo. No adhiera un resume en lugar de contestar las preguntas.
- Llene una solicitud para cada plaza que solicita.
- Debe contestar todas las preguntas, con excepción de las que específicamente tengan instrucciones indicando lo contrario. *
- No dejes encasillados en blanco, escriba las letras N/A (No Aplica) en aquellos que no apliquen su caso.
- Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:
 - Evidencia de preparación académica. (Copia de diploma, certificación de graduación o transcripción de crédito).
 - Certificación oficial de experiencia de trabajo.
 - Certificación expedida por la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico, como evidencia que ha sido rehabilitado para ingresar al servicio público nuevamente. Esta certificación será requerida en caso de que el solicitante haya sido destituido previamente del servicio público.
 - Evidenciar que ha rendido las planillas de Contribución Sobre Ingresos, correspondiente a los cuatro años previos a la convocatoria (Ley # 254 del 31 de agosto de 2000).
- En la parte III (experiencia Ocupacional) llene estos encasillados cuidadosamente, señale los deberes, responsabilidades, fechas exactas (día, mes y año) que comenzó y finalizó, detalle de las funciones que ha realizado en los puestos.
- Asegúrese de firmar la solicitud en tinta (pluma fuente o bolígrafo azul). Revise cuidadosamente cada uno de los encasillados contestados por usted. Después de firmar, lea las instrucciones nuevamente
- REQUISITOS INDISPENSABLES: Someter a una prueba para la detección de sustancias según dispuesto por la Ley Núm. #78 del 14 de agosto de 1997, conocida como "Ley para la Prueba de Detección de Sustancias Controladas en el Empleo en el Sector Público".

*Para más información sobre el particular, comunicarse con la Sección de Recursos Humanos de la Oficina.