



PARA USO DE LA OGP	
Nota Evaluación	: _____
Pref. Veterano	: _____
Persona con 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. Número de Seguro Social: XXX - _____ - _____</p> <p>3. Nombre (Apellidos primero en letra de molde)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE INICIAL (segundo nombre)</p>	<p>8. ¿Ha radicado para este puesto anteriormente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/Fecha: _____</p> <p>9. TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTARIA</p> <p><input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Jornada Parcial</p> <p>10. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones. Indique si tiene algunas de las condiciones siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Uso de sillas de ruedas <input type="checkbox"/> No vidente</p> <p><input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>10a. 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 un 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 a reclamar el derecho a preferencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. Dirección donde recibe la correspondencia:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ Zip Code _____</p>	<p>11. PREFERENCIA DE VETERANOS: Para orientación, documentos y solicitud del formulario.</p> <p>¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es veterano incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Veterano, ¿Tiene establecida la Preferencia de Veteranos en la OGP?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Residencia Trabajo Otro / Celular</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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 style="text-align: center;">Día Mes Año Ciudad Estado o País</p>	<p>7. Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p>

PREPARACIÓN ACADÉMICA

13. Universidades, Escuelas o Vocacionales 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	Asignatura Principal y Créditos
		Años Estudiados						
Elemental								
Superior								
Colegio o Universidad								
Otros								

14. Si estudió en instituciones fuera de Puerto Rico, indique dirección:

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: _____

20. Fecha de Admisión al Ejercicio de la Profesión: _____

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 resumé)**

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 de Capacitación y Asesoramiento en Asuntos Laborales y de Administración de Recursos Humanos (OCALARH)

Sí No

En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

23. Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad o grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro, además, que la información incluida por mí en este formulario es correcta, exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento que de descubrirse que no reúno los requisitos exigidos u omisión, falsedad o fraude con lo firmado, mi Solicitud de Empleo podrá ser rechazada, cancelado el examen, anulada mi elegibilidad en el Registro de Elegibles y ser declarado inelegible para el servicio público y de haber sido nombrado se me podrá separar del puesto que ocupe. También tengo conocimiento que de ser empleado público lo anterior puede dar motivo a la destitución o la imposición de cualquier medida disciplinaria.

_____/_____/_____
Día Mes Año

Nombre (Use letra de molde)

Firma

