



SOLICITUD DE EMPLEO
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)
Patrón con igualdad de Oportunidades en el Empleo.

Al evaluar su solicitud se tomará en consideración: los requisitos de la clase, la experiencia, preparación adicional y los cursos o adiestramientos que ha tomado y que estén relacionados al puesto para el cual solicita el examen.

Puesto que solicita: _____

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO		
<input type="checkbox"/> Aceptada	<input type="checkbox"/> Denegada	<input type="checkbox"/> Devuelta
Fecha:	_____	
Analista:	_____	

INSTRUCCIONES

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Escriba en letra de molde. Complete la solicitud en todas sus partes. Indique claramente el Título del Examen que interesa tomar Incluya solo fotocopias de su evidencia. Incluya Certificación de Radicación de Planillas. Incluya Certificación de No Deuda. Si posee experiencia en otra agencia del servicio público, favor de incluir la certificación de deberes de cada puesto y las fechas exactas en que ocupó cada puesto (comienzo y terminación). | <ol style="list-style-type: none"> Los candidatos que indiquen tener experiencia en empresas privadas, excluidas de las disposiciones de la Ley Núm. 8-2017, "Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico", deberán acompañar con su solicitud de examen, una certificación de la Agencia o Empresa donde haya prestado sus servicios. Esta debe incluir lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> Puesto(s) ocupado(s) Sueldo Fechas exactas en que ocupó cada puesto (entiéndase, fechas de comienzo y terminación) Descripción detallada de deberes y naturaleza del trabajo. |
|---|---|

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

				Sexo:	
(Apellido Paterno)		(Apellido Materno)		(Nombre)	
Dirección Residencial:			Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección de Correo Electrónico: _____					
Teléfono(s):			Ciudadanía:		
Celular:			A. ¿Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Residencial:			Los ciudadanos americanos naturalizados deben mostrar el certificado de naturalización. Extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los E.U. deben presentar documento vigente de autorización para empleo.		
Trabajo:					
¿Está usted física y mentalmente capacitado para desempeñar las funciones esenciales del puesto que solicita?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Ha sido indultado?					
<input type="checkbox"/> Absoluto <input type="checkbox"/> Condicional					





II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre y Ciudad o Pueblo	Fechas (mes y año)		¿Se graduó Usted?	Curso	Indique el Grado más alto cursado: <input type="checkbox"/> 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"/> 12
Escuela Elemental, Intermedia y Superior	Desde	Hasta			
Colegio, Universidad	Fechas (mes y año)		Créditos por Horas Semestre	Grado Conferido	Concentración
	Desde	Hasta			
Otros Cursos/Instituciones	Fechas (mes y año)		Diploma o Certificado	Total de Horas	
	Desde	Hasta			

Detalle licencias que posea, indicando clase, número y fecha de vencimiento:

Destrezas y Habilidades

Programas de Computadoras

Programa	Avanzado	Intermedio	Básico
Microsoft Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Outlook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Idiomas

Idioma	Habla	Escribe	Entiende
Español	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico
Inglés	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico
Otros:	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico

Indique qué máquina(s) y/o equipo(s) sabe operar:

Computadoras Otros: _____





III. HISTORIAL OCUPACIONAL

Haga una relación cronológica de todos sus empleos tanto en Puerto Rico como en el extranjero, empezando desde el presente hasta su primer empleo. Las direcciones deben ser completas. Incluya trabajos temporeros y aquellos que solo lo ocupaba parte del tiempo.

A. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título del Puesto: _____	
Describa los deberes brevemente: _____	
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	
B. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título del Puesto: _____	
Describa los deberes brevemente: _____	
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	
C. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título del Puesto: _____	
Describa los deberes brevemente: _____	
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	

¿Ha sido suspendido u obligado a renunciar de algún empleo? Si No
Si la contestación es "Sí", especifique: _____

¿Le ha sido negada o cancelada alguna licencia por cualquier agencia del Gobierno Municipal, Estatal o Federal? Si No
Si la contestación es "Sí", especifique: _____

¿Ha sido destituido del Gobierno? Si No
Si la contestación es "Sí", especifique: _____

¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por el (la) Secretario(a) del Departamento del Trabajo? Si No

V. ADJUDICACIÓN DE PREFERENCIA (Incluir Evidencia)

Usted no esta obligado a suministrar la siguiente información; pero tiene derecho hacerlo a los efectos de recibir los beneficios de preferencia establecidas por ley. Su información será mantenida de forma confidencial.

A. Impedimento	B. Programa de Asistencia Económica
No esta obligado a informar que es persona con impedimento pero tiene derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 81-1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para personas con impedimentos. En tal caso debe completar el Anejo 1 .	No esta obligado a informar que es beneficiario de algún programa de asistencia nutricional, pero tiene derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 1-2004. En tal caso debe completar el Anejo 2 .
¿Solicita este beneficio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Solicita este beneficio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

C. Veterano

¿Es usted: Veterano Veterano Incapacitado

Para reclamar preferencia de veterano, debe completar el **Anejo 3** y someter **Certificado de Licenciamiento (Forma 214)**.

¿Solicita este beneficio?
 Si No





VI. REFERENCIAS

De nombre y direcciones de tres (3) personas que no sean parientes o expatronos suyos y que lo conozcan personalmente:

Nombre	Dirección	Teléfono	Tiempo que lo conocen

VII. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIONES

Certifico que la información aquí contenida 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 cualquier falsedad o fraude en relación con lo firmado, estaré sujeto a la destitución o la imposición otra medida disciplinaria, según se dispone en la Sección 6.3.3(m) de la Ley Núm.. 8 de 4 de febrero de 2017, en casos de cualquier persona "que haya dado falso testimonio en cuanto a cualquier hecho concreto, o que haya realizado o intente realizar engaño o fraude en su solicitud o sus exámenes o para conseguir elegibilidad o nombramiento".

(Fecha)

(Firma)

Por la presente autorizo a cualquier persona particular o a cualquier corporación, institución, empresa, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezcan al Secretario del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico o a la(s) persona(s) en quien él (ella) delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione a mi conducta, reputación, salud, hábitos o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente.

(Fecha)

(Firma)

This is to authorize the Department of Defense or his agencies, to furnish my full military service, disciplinary and medical records. To release these records to the Secretary of the Puerto Rico Department of Public Safety or his(her) legal representative.

(Date)

(Signature)

