|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE EXAMEN** |
| 1. Nombre y Apellidos
 | 1. Teléfono:
 |
|  Celular: |
|  Correo electrónico: |
| 1. Dirección Postal:
 | 1. Esta información se proveerá voluntariamente y será utilizada para fines estadísticos:
 |
| 1. Dirección Residencial:
 | Edad: |
| Género: |
| 1. Puesto que solicita:
 | 1. Sueldo mínimo que aceptaría:
 | 1. Fecha disponibilidad:
 |
| 1. En caso de emergencia, indique nombre, relación, dirección y teléfono de persona a notificar:
 | 1. Si no es ciudadano de los Estados Unidos de América, ¿está usted legamente autorizado a trabajar en los EE. UU.?

[ ]  Sí [ ]  No |
|  |
|  |
|  |
| 1. Indique si es veterano:

[ ]  Sí [ ]  No | Si la contestación es afirmativa, indique la fecha de servicio: |
| Desde: | Hasta: |
| Rango alcanzado: | ¿Veterano incapacitado? |
| [ ]  Sí [ ]  No |
| 1. Indique si acepta trabajo temporero:

[ ]  Sí [ ]  No | 1. ¿Por cuánto tiempo?
 |
| 1. ¿Ha sido usted empleado anteriormente por la Defensoría de las Personas con Impedimentos?

[ ]  Sí [ ]  No Si la contestación es afirmativa, indique la fecha: |
| 1. ¿Actualmente, trabaja o ha trabajado algún familiar suyo para la Defensoría de las Personas con Impedimentos?

 ☐ Sí ☐ No Si la contestación es afirmativa, indique la fecha: |
| 1. ¿Ha trabajado en el Gobierno de Puerto Rico?

 ☐ Sí ☐ No Si la contestación es afirmativa, indique lugar y fecha: |
| 1. ¿Está usted empleado actualmente? ☐ Sí ☐ No

En caso de estar empleado, ¿nos autoriza a solicitar información a su patrono actual? ☐ Sí ☐ No  |
| Persona contacto: | Teléfono: |

|  |
| --- |
| 1. **PREPARACIÓN** **ACADÉMICA**
 |
| Nivel Educativo | Nombre y direcciónInstitución Educativa | Fecha | Concentración | Grado conferido |
|  | De | A |  |
| Elemental e Intermedia (K-8vo): |  |  |  |  |  |
| Superior: |  |  |  |  |  |
| Universidad: |  |  |  |  |  |
| Estudios Graduados: |  |  |  |  |  |
| Cursos: |  |  |  |  |  |
| 1. Licencias, Credenciales o Certificaciones Profesionales que posee:
 |
| 1. Indique idiomas que usted habla, escribe y entiende. Marque con una X, según aplique el nivel:
 |
|  | Habla |  | Escribe |  | Entienda |
|  | Bien | Regular | Poco | Bien | Regular | Poco | Bien | Regular | Poco |
| Español |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inglés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA LABORAL** |
| 1. Indique los empleos que ha tenido comenzando con el más reciente. Incluya si la relación de trabajo fue como empleado temporero, por contrato o jornada parcial:
 |
| 1. Patrono:
 |
| Dirección: |
| Puesto: |
| Fechas de empleo:  | Desde: | Hasta: |
| Razones para dejar el empleo: |
| Descripción breve de sus funciones: |
| Nombre y título del puesto del supervisor:  |
| Teléfono: |
| 1. Patrono:
 |
| Dirección: |
| Puesto: |
| Fechas de empleo:  | Desde: | Hasta: |
| Razones para dejar el empleo: |
| Descripción breve de sus funciones: |
| Nombre y título del puesto del supervisor:  |
| Teléfono: |
| 1. Patrono:
 |
| Dirección: |
| Puesto: |
| Fechas de empleo:  | Desde: | Hasta: |
| Razones para dejar el empleo: |
| Descripción breve de sus funciones: |
| Nombre y título del puesto del supervisor:  |
| Teléfono: |
| 1. Patrono:
 |
| Dirección: |
| Puesto: |
| Fechas de empleo:  | Desde: | Hasta: |
| Razones para dejar el empleo: |
| Descripción breve de sus funciones: |
| Nombre y título del puesto del supervisor:  |
| Teléfono: |
| **REFERENCIAS** |
| 1. Ofrezca nombre, puesto, organización y número de teléfono de tres personas que hayan sido sus supervisores o profesores que conozcan sus destrezas, habilidades, conocimiento y experiencias previas:
 |
| **Nombre** | **Compañía** | **Teléfono** | **Puesto** |
| a. |  |  |  |
| b. |  |  |  |
| c. |  |  |  |
| 1. Conteste Sí o No:
 |
| ¿Ha sido destituido del Servicio Público? |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)? En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto. |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral? |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Hace uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Ha incurrido en conducta deshonrosa? |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Tiene usted la obligación de cumplir con la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como “Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada?  |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
|  En caso afirmativo: |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Está usted cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada? |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| ¿Ha participado usted de algún programa en el Gobierno de Puerto Rico, como Ley 70, Ley 211 o Programa de Renuncias Incentivadas? |  [ ]  Sí  |  [ ]  No |
| Programa:  | Agencia: | Fecha: |
| **CERTIFICO** que las declaraciones hechas por mí en esta solicitud son ciertas, completas y correctas, según mi mejor saber y entender, y han sido hechas de buena fe. Entiendo que, de ser empleado, cualquier tergiversación de los hechos declarados en esta solicitud, será suficiente causa para una separación de empleo. Autorizo, además, al representante autorizado del Departamento de Recursos Humanos de la Defensoría a verificar la información de las declaraciones hechas por mí en esta solicitud. |
|  |  |

 Firma del Solicitante Fecha