



SOLICITUD DE EXAMEN		
1. Nombre y Apellidos	2. Teléfono:	
	Celular:	
	Correo electrónico:	
3. Dirección Postal:	5. Esta información se proveerá voluntariamente y será utilizada para fines estadísticos:	
4. Dirección Residencial:	Edad:	
	Género:	
6. Puesto que solicita:	7. Sueldo mínimo que aceptaría:	8. Fecha disponibilidad:
9. En caso de emergencia, indique nombre, relación, dirección y teléfono de persona a notificar:	10. Si no es ciudadano de los Estados Unidos de América, ¿está usted legamente autorizado a trabajar en los EE. UU.?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. Indique si es veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la contestación es afirmativa, indique la fecha de servicio:	
	Desde:	Hasta:
Rango alcanzado:	¿Veterano incapacitado?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Indique si acepta trabajo temporero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. ¿Por cuánto tiempo?	
14. ¿Ha sido usted empleado anteriormente por la Defensoría de las Personas con Impedimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la contestación es afirmativa, indique la fecha:		
15. ¿Actualmente, trabaja o ha trabajado algún familiar suyo para la Defensoría de las Personas con Impedimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la contestación es afirmativa, indique la fecha:		
16. ¿Ha trabajado en el Gobierno de Puerto Rico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la contestación es afirmativa, indique lugar y fecha:		
17. ¿Está usted empleado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de estar empleado, ¿nos autoriza a solicitar información a su patrono actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Persona contacto:	Teléfono:	

18. PREPARACIÓN ACADÉMICA											
Nivel Educativo	Nombre y dirección Institución Educativa			Fecha		Concentración	Grado conferido				
				De	A						
Elemental e Intermedia (K-8vo):											
Superior:											
Universidad:											
Estudios Graduados:											
Cursos:											
19. Licencias, Credenciales o Certificaciones Profesionales que posee:											
20. 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											
21. 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:											
2. 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:			
3. 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:			
4. 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			
22. 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.			
23. Conteste Sí o No:			
¿Ha sido destituido del Servicio Público?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Hace uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha incurrido en conducta deshonrosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?"	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está usted cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha participado usted de algún programa en el Gobierno de Puerto Rico, como Ley 70, Ley 211 o Programa de Renuncias Incentivadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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