

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico  
[www.oatr.pr.gov](http://www.oatr.pr.gov)

SOLICITUD DE EXAMEN

Para uso exclusivo de la agencia	
Nota de examen	
Preferencia de Veterano	
Preferencia Ley Núm. 218-2003	
Preferencia por Impedimento	
Preferencia Ley Núm. 1-2004	
Nota final	
Desempate	

**Nota importante:** La responsabilidad de la evaluación de la solicitud de examen corresponde a la entidad gubernamental que tiene la clase de puesto vacante y para la cual se publica esta convocatoria.

INFORMACION SOBRE LA CONVOCATORIA		
<input type="checkbox"/> Convocatoria interna	<input type="checkbox"/> Convocatoria externa	Número de convocatoria:
Nombre Entidad o Agencia para la cual solicita:		
Título del Examen que solicita, según se anuncia en la convocatoria:		
Pueblo(s) de preferencia:		

INFORMACION PERSONAL			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre		Inicial	
Correo Electrónico:		Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos):	
Número de Celular:	( ) -	Licencia de Conducir:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Número Alterno:	( ) -	Categoría:	Fecha de Expiración:
Dirección Residencial:		Dirección Postal:	
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(los ciudadanos americanos naturalizados deben mostrar el certificado de naturalización; extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los Estados Unidos deben presentar documento vigente de autorización para empleo).</i>			
Dominio de idioma(s):			
<input type="checkbox"/> Español: <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Lee	<input type="checkbox"/> Inglés: <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Lee	<input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Lee	
Indique si interesa solicitar preferencia o bonificación por los siguientes conceptos, (debe presentar el documento que así lo acredite):			
<input type="checkbox"/> Veterano			
<input type="checkbox"/> Ley de Protección para los Miembros de los Servicios Uniformados de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, Guardia Estatal, empleado civil del Cuerpo de Ingenieros o del Servicio Médico Nacional contra Desastres en igualdad de condiciones académicas, técnicas o de experiencia, Ley 218-2003.			
<input type="checkbox"/> Persona con impedimento cualificada.			
<input type="checkbox"/> Beneficiario de la Ley Núm. 1-2004, Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico.			
Conteste Sí o No:			
¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido convicto por algún delito? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido destituido de algún puesto público? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido habilitado por la entidad autorizada para esos propósitos? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> acompañe documentación al efecto.			
¿Tiene usted obligación de cumplir con la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustentado de Personas de Edad Avanzada"? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿está cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			

**PREPARACIÓN ACADÉMICA**

¿Posee grado de cuarto año de escuela superior o su equivalente?

Si, fecha: \_\_\_\_\_, nombre: \_\_\_\_\_, dirección:

No, marque el grado más alto aprobado, 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11

Indique el/los grado(s) universitario(s) que posee:

Universidad/Colegio	Grado obtenido	Concentración	Fecha de Graduación

¿Posee créditos en materias relacionadas con la convocatoria que solicita? Indique cantidad, \_\_\_\_\_

¿Posee adiestramientos relacionados con la convocatoria que solicita? (someta evidencia de estos).

Institución	Título del Curso	Total de horas o créditos

Indique las licencias y/o certificaciones profesionales que posee para ejercer una profesión u oficio

Licencias/Certificaciones	Número	Fecha Expedida	Fecha de Vencimiento

**EXPERIENCIAS DE EMPLEO**

Incluya con su solicitud las certificaciones de empleo. Las mismas deben indicar el nombre del patrono, título del puesto que ocupa u ocupó, qué sistemas de información utiliza o utilizó para realizar el trabajo, (si aplica), fecha en que adquirió la experiencia y una descripción detallada de las tareas que realiza o realizó. En puestos donde la convocatoria indique como requisito mínimo experiencia de empleo, es indispensable que incluya las certificaciones oficiales de experiencia. De no incluirlas, su solicitud se considerará incompleta y será denegada.

Lugar de Trabajo (comience con el más reciente)	Puesto	Fecha de		Sueldo mensual
		Ingreso	Terminación	
		mes/día/año	mes/día/año	

Describa las tareas:

Lugar de trabajo	Puesto	Fecha de		Sueldo mensual
		Ingreso	Terminación	

Describa las tareas:

Lugar de trabajo	Puesto	Fecha de		Sueldo mensual
		Ingreso	Terminación	
Describa las tareas:				
Describa las tareas:				

CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS			
Favor de marcar todas las opciones que apliquen:			
<input type="checkbox"/> Computadora Personal (PC)	<input type="checkbox"/> Calculadora	<input type="checkbox"/> Fotocopiadora	<input type="checkbox"/> Otros:
Programas de Sistemas de Información en los cuales puede trabajar:			
Nombre del programa:	<input type="checkbox"/> conoce	<input type="checkbox"/> domina	
Nombre del programa:	<input type="checkbox"/> conoce	<input type="checkbox"/> domina	
Nombre del programa:	<input type="checkbox"/> conoce	<input type="checkbox"/> domina	
Nombre del programa:	<input type="checkbox"/> conoce	<input type="checkbox"/> domina	
CERTIFICACIÓN			
<p>Declaro que la información incluida por mí en este formulario es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Autorizo a la entidad gubernamental que tiene la clase de puesto vacante para la cual se publica esta convocatoria, a llevar a cabo por cualquier medio la investigación sobre verificación de historial de empleos anteriores y educación. Al firmar esta solicitud autorizo a la entidad gubernamental, a realizar estas investigaciones y reconozco que el haber hecho alguna declaración falsa, es causa suficiente para descalificarme para el empleo, destituirme si estuviese empleado en el Gobierno de Puerto Rico o inhabilitarme para el Servicio Público.</p> <p><b>Certifico que la información suministrada es correcta y estoy enterado(a) de las advertencias y los documentos que debo radicar con la Solicitud de Examen.</b></p>			
Firma		Fecha	

Esta Entidad Gubernamental no discrimina por razón de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social, por ideas políticas o religiosas, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, por condición de veterano, por impedimento físico o mental, por orientación sexual real o percibida o por la identidad de género.

Información estadística sobre Igualdad de Oportunidades en el Empleo - Ofrecer la siguiente información es estrictamente voluntaria y confidencial. La información provista no formará parte de su solicitud de examen ni será considerada para propósitos de entrevista.			
Género	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	
Persona con impedimento cualificada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Edad - indique el segmento al que pertenece	<input type="checkbox"/> 20 - 24 <input type="checkbox"/> 25 - 29 <input type="checkbox"/> 30 - 35 <input type="checkbox"/> 35 - 44 <input type="checkbox"/> 45 - 54 <input type="checkbox"/> 55 - 64 <input type="checkbox"/> 65 o más		