

Solicitud de Examen

1. Título del Examen que solicita según se anuncia en la Convocatoria	7. ¿Ha tomado este examen anteriormente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____
2. Apellidos, Nombre	8. Oficinas de Servicios del Departamento donde aceptaría empleo <input type="checkbox"/> San Juan <input type="checkbox"/> Arecibo <input type="checkbox"/> Fajardo <input type="checkbox"/> Ponce <input type="checkbox"/> Mayagüez
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____	9. Idiomas que conoce Inglés <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Español <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros: _____ Indicar cuales
3. Dirección donde usted recibe la correspondencia _____ _____ _____	10. Tipo de Nombramiento que aceptaría <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Jornada Parcial
4. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted Residencia _____ Trabajo _____	11. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones: INDIQUE SI TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES <input type="checkbox"/> No Vidente <input type="checkbox"/> Uso de Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Otra: _____
5. Fecha de Nacimiento _____ día mes año	6. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Ofrecer esta información es voluntaria. La misma será utilizada solamente para propósitos estadísticos.	12. Veterano Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vet. Incapacitado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene preferencia establecida en OCALARH? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar Preferencia de Veterano debe llenar el formulario OCALARH-4A y someter certificado de licenciamiento u otros documentos acreditativos

PREPARACION ACADEMICA

13. ¿Se graduó de Escuela Superior o su Equivalente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha _____							
14. Si la contestación a la pregunta anterior es no, indique el grado más alto aprobado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12							
15. Si se graduó, indique curso aprobado General <input type="checkbox"/> Dactilógrafo <input type="checkbox"/> Secretarial <input type="checkbox"/> Oficinista <input type="checkbox"/> Oficinista Contabilidad <input type="checkbox"/>							
16. Nombre y Dirección de la Escuela:							
17. Universidades, Escuelas Comerciales o Vocacionales a las que haya asistido							
Institución	Fecha		Créditos	Se graduó	Año	Grado	Asignatura
	Desde	Hasta	Aprobados	Sí o No	Graduó	Obtenido	Principal y Créditos
18. Si estudió en instituciones fuera de P.R., indique la dirección:							
19. Indique la nota de reválida e índice de graduación:							
20. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita:							
Clase	Título del Curso		Duración del Curso				
21. Licencia que posee para ejercer una Profesión u Oficio							
Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento				

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Acción Tomada Aceptada Devuelta Denegada Por: _____
Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Indique claramente el título del examen que solicita. Llene una solicitud por cada examen que interese tomar.

Detalle las experiencias que posee, destacando aquellas funciones relacionadas con la clase de puesto correspondiente que incluya lo siguiente:

- a- Posición ocupada por el solicitante.
- b- Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial.
- c- Fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleado a jornada parcial.
- d- Descripción de los deberes y naturaleza del trabajo.
- e- Someter evidencia de la preparación académica y experiencia adquirida.

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

EXPERIENCIA

22. Incluya una relación de sus experiencias comenzando con su último empleo. De ser necesario utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Sea específico indicando puestos y fechas.

Título Oficial del Puesto _____ Nombre y Dirección del Patrono _____ Nombre del Supervisor Inmediato _____ Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades): _____ _____ _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align:center; vertical-align:middle;">F E C H A</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">DESDE</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">HASTA</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> </tr> </table> <p>Salario Final \$ _____ Mes _____ Sem. _____ Hora _____</p>	F E C H A	DESDE		HASTA										Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
F E C H A	DESDE		HASTA																	
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año														

Título Oficial del Puesto _____ Nombre y Dirección del Patrono _____ Nombre del Supervisor Inmediato _____ Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades): _____ _____ _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align:center; vertical-align:middle;">F E C H A</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">DESDE</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">HASTA</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> </tr> </table> <p>Salario Final \$ _____ Mes _____ Sem. _____ Hora _____</p>	F E C H A	DESDE		HASTA										Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
F E C H A	DESDE		HASTA																	
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año														

Título Oficial del Puesto _____ Nombre y Dirección del Patrono _____ Nombre del Supervisor Inmediato _____ Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades): _____ _____ _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align:center; vertical-align:middle;">F E C H A</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">DESDE</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">HASTA</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> </tr> </table> <p>Salario Final \$ _____ Mes _____ Sem. _____ Hora _____</p>	F E C H A	DESDE		HASTA										Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
F E C H A	DESDE		HASTA																	
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año														

23. Conteste

¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Sí No

¿Ha sido convicto por delito grave: Felony _____ Indultado _____ Sentencia conmutada? Sí No

¿Ha sido destituido de algún puesto público? Sí No

¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina Central de Asesoramiento Laboral y de Administración de Recursos Humanos? Sí No

En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

24. Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico por la fuerza o la violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad o grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico 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 de que de descubrirse que no reúno los requisitos exigidos por omisión, falsedad o fraude con lo firmado, mi Solicitud de Examen podrá ser rechazada, cancelado el examen, anulada mi elegibilidad en el Registro de Elegible y 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. Autorizo al Secretario de Estado o su representante designado, quien es portador de esta autorización o copia de ésta, dentro del término de un (1) año a partir de la fecha de hoy, a obtener cualquier información concerniente a mi expediente o a cualquier documento entregado en dicho Departamento. Esta autorización se expide con el pleno conocimiento y entendimiento de que esta información es para uso oficial.

Fecha Firma

Año	Meses	Puntos	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
				Requisitos Mínimos
				Experiencia Adicional
				Preparación Adicional
				Entrevista
				Examen Escrito
				Preferencia de Veteranos
				Persona con Impedimentos
			Total _____	Total _____

Fecha Evaluated por

Llene la información que se solicita en este volante: NO LO DESPRENDA

Nombre _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Dirección _____

Título del Examen Solicitado

Fecha Firma

DEPARTAMENTO DE ESTADO
 P.O. BOX 9023271
 San Juan, Puerto Rico 00902-3271

Sienta el orgullo y la satisfacción de servir a su pueblo a la vez que disfruta de los siguientes beneficios

Oportunidad de Ascenso	Beneficios de Retiro
30 días de vacaciones	Oportunidad de Estudio
Seguridad de Empleo	Licencia de Enfermedad
Viajes Culturales	Préstamos para Hogares
Aportación para Servicios de Salud	
Licencia Maternidad con Paga Completa	
Bono de Navidad	

NO ESCRIBA AQUÍ

De comparecencia Sin Especificar
 Sin Comparecencia No hay convocatoria Cerrada