Estado Libre Asociado de Puerto Rico

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

GAM Tower, Urb. Caparra Hills Industrial Park
2 Calle Tabonuco – Suite 400
Guaynabo, Puerto Rico 00968-3029

Esta Oficina Provee igualdad de Oportunidad en el Empleo

INSTRUCCIONES

Indique claramente el título del examen que solicita. Llene una solicitud por cada examen que interese tomar.
Detalle la experiencia que posee, destacando aquellas funciones relacionadas con la clase de puesto correspondiente al examen. La fecha inicial y final es muy importante. Escriba las fechas lo más precisas posible.

Los candidatos que indiquen poseer experiencia en la empresa privada o en agencias excluidas de las disposiciones de la Ley para la Administración de los Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley Núm. 184, según enmendada, deberán acompañar con su solicitud de examen una certificación de la agencia o empresa donde preste o haya prestado servicios, que incluya lo siguiente:

1. Posición solicitada por el solicitante.
2. Sueldo semanal, mensual o por hora, si se trata de empleo de jornada parcial.
3. Fechas exactas en que se adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas, si se trata de un empleado a jornada parcial.
4. Descripción de los deberes y naturaleza del trabajo.

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

¿Desearía acogerse a los beneficios de la bonificación creada para las personas con impedimentos? (ver formulario adjunto)
_____ Sí _____ No

SOLICITUD DE EXAMEN

1. Título del Examen que Solicita, según se anuncia en la convocatoria:	7. ¿Ha tomado este examen anteriormente?
2. Número de Seguro Social:	8. Tipo de Nombramiento que Aceptaría ( ) Regular ( ) Transitorio ( ) Jornada Parcial
3. _____ _____ _____ Apellido Paterno Materno Nombre	9. 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 acomodo razonable. Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones: ( ) No Vidente ( ) Uso de silla de ruedas ( ) Sordo ( ) Otra
4. Dirección Donde Recibe la Correspondencia:	
5. Teléfono donde podemos comunicarnos con usted: _____ _____ Residencia Trabajo	10. Veterano ( ) Sí ( ) No - Vet. Incapacitado ( ) Sí ( ) No ¿Tiene preferencia establecida en ORHELA? ( )Si ( ) No Para reclamar Preferencia de Veterano debe llenar el formulario OCAP-4A y someter certificación de licenciamiento u otro documento acreditativo.
6. Sexo: [ ] Femenino [ ] Masculino	

PREPARACION ACADEMICA

11. ¿Se graduó de Escuela Superior o su equivalente? ( ) Sí Fecha ( ) No

12. 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

13. Si se graduó, indique curso aprobado: General ( ) Dactilógrafo ( ) Secretarial ( ) Oficinista ( ) Ofic. Contabilidad ( )

14. Nombre y Dirección de la Escuela:

15. Universidades, Escuelas Comerciales o Vocacionales a que haya asistido:

INSTITUCION	Fecha		Créditos Aprobados	Se Graduó Si o No	Año en que Se Graduó	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
	Desde	Hasta					

16. Si estudió en Instituciones fuera de P.R., indique el Nombre y Dirección:

17. Indique los créditos que tiene aprobados en Materias Relacionadas con el examen que solicita.

18. Indique la Nota de Reválida e Indice de Graduación:

19. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita.

INSTITUCION	TITULO DEL CURSO	DURACION DE LOS CURSOS

20. Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio:

CLASE	NUMERO	FECHA EXPEDIDA	FECHA VENCIMIENTO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

ACCION TOMADA ( ) Aceptado ( ) Devuelta ( ) Denegada Por: Fecha:

COMENTARIOS:

21. EXPERIENCIA: INCLUYA UNA RELACION DE SU EXPERIENCIA COMENZANDO CON SU ULTIMO EMPLEO, DE SER NECESARIO UTILICE UNA HOJA ADICIONAL SIGUIENDO EL MISMO PATRON. SEA ESPECÍFICO INDICANDO PUESTOS, FECHAS Y SALARIOS.

TITULO OFICIAL DEL PUESTO	DESDE			HASTA		
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO_____	FECHA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO	EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE: SERVICIO DE CARRERA					
DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION	☐ REGULAR ☐ SERVICIO CONFIANZA ☐ TRANSITORIO			☐ PROBATORIO ☐ CONTRATO ☐ OTRO		
_____	TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HORAS					
_____	SALARIO FINAL $_____			MES_____ SEM_____ HRA_____		

TITULO OFICIAL DEL PUESTO	DESDE			HASTA		
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO_____	FECHA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO	EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE: SERVICIO DE CARRERA					
DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION	☐ REGULAR ☐ SERVICIO CONFIANZA ☐ TRANSITORIO			☐ PROBATORIO ☐ CONTRATO ☐ OTRO		
_____	TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HORAS					
_____	SALARIO FINAL $_____			MES_____ SEM_____ HRA_____		

TITULO OFICIAL DEL PUESTO	DESDE			HASTA		
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO_____	FECHA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO	EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE: SERVICIO DE CARRERA					
DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION	☐ REGULAR ☐ SERVICIO CONFIANZA ☐ TRANSITORIO			☐ PROBATORIO ☐ CONTRATO ☐ OTRO		
_____	TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HORAS					
_____	SALARIO FINAL $_____			MES_____ SEM_____ HRA_____		

TITULO OFICIAL DEL PUESTO	DESDE			HASTA		
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO_____	FECHA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO	EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE: SERVICIO DE CARRERA					
DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION	☐ REGULAR ☐ SERVICIO CONFIANZA ☐ TRANSITORIO			☐ PROBATORIO ☐ CONTRATO ☐ OTRO		
_____	TRABAJO JORNADA PARCIAL _____ HORAS					
_____	SALARIO FINAL $_____			MES_____ SEM_____ HRA_____		

22. CONTESTE SI O NO

¿Es adicto al uso habitual o excesivo de substancias controladas o bebidas alcohólicas?_____

¿Ha sido convicto por delito grave (Felony) _____ indultado _____ o su sentencia conmutada? _____

¿Ha sido destituido de algún puesto público? _____

¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico? _____

En caso de afirmativo, acompañe documentación al efecto.

23. Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro, además, 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. Tengo conocimiento de que, de descubrirse falsedad o fraude con lo por mí afirmado, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe.

Fecha: Firma:

Año	Meses	Puntos	**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO**	REQUISITO MINIMOS
				EXPERIENCIA ADICIONAL
				PREPARACION ADICIONAL
				ENTREVISTA
				REQUISITO MINIMOS
				EXAMEN ESCRITO
				TOTAL
	TOTAL			FECHA ANALISTA EVALUADOR