

## SOLICITUD DE EXAMEN

### Instrucciones

1. Llénese la solicitud en todas sus partes, preferiblemente en tinta azul. Los resúmenes no serán considerados oficiales, por lo que no sustituyen el completar cada uno de los encasillados de esta solicitud.
2. Asegúrese que todos los encasillados hayan sido cumplimentados.
3. Asegúrese de firmar su Solicitud de Examen.

### Datos Personales

Nombre Completo			Seguro Social	
Dirección Residencial		Ciudad	País	Zip Code
Dirección Postal		Ciudad	País	Zip Code
Teléfono Residencial		Teléfono Celular		Otro Teléfono
¿Posee licencia para conducir vehículos de motor?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Categoría:	Número:
¿A quién notificar en caso de no conseguirlo?		Nombre Completo		
Teléfono				
Dirección		Ciudad	País	Zip Code

### Examen Solicitado

Número de convocatoria y título del examen de desea tomar:		
¿Necesita alguna ayuda especial o acomodo razonable para tomar el examen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>En caso afirmativo</b> , favor de indicar:		
¿Trabajó anteriormente para esta agencia?	Puestos y Oficinas	Fechas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indique los pueblos donde prefiere trabajar:		

### Datos Requeridos por Ley

¿Tiene algún familiar trabajando en la agencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>En caso afirmativo</b> , favor de indicar
Nombre completo	Puesto	Parentesco
Nombre completo	Puesto	Parentesco
Nombre completo	Puesto	Parentesco
¿Es usted veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>En caso afirmativo</b> , favor de indicar
¿Veterano pensionado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>En caso afirmativo</b> , favor de indicar
Tipo de Licenciamiento	Fecha de Ingreso	Fecha de Licenciamiento
<b>Para reclamar</b> la Preferencia de Veterano debe someter la Certificación de Licenciamiento u otros documentos acreditativos. (Forma DD-214C)		
¿Tiene alguna obligación alimentaria para menores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>En caso afirmativo</b> deberá presentar una Certificación de Cumplimiento de la Administración para Sustento de Menores (ASUME) o una declaración jurada bajo apercibimiento de perjurio o desacato. De que está cumpliendo con su responsabilidad alimentaria a menores conforme al Artículo 30 de la Ley 5 de 30 de diciembre de 1996.		
¿Es usuario habitual de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido convicto de algún delito grave (felona)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido destituido de algún puesto público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido indultado o su sentencia conmutada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido rehabilitado por el Administrador de ORHELA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si contesto afirmativo en alguna de las anteriores, favor de explicar en el espacio provisto en cada pregunta.</b>		

# Preparación Académica

¿Se graduó de Escuela Superior o su equivalente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Graduación					
En caso negativo, indicar el grado más alto aprobado:							
Nombre y dirección de la Escuela o Colegio donde estudio:							
Universidades, Escuelas Comerciales y/o Vocacionales a las que haya asistido:							
Institución	Fecha		Créditos Aprobados	¿Se graduó? Sí o No	Año de Graduación	Grado Obtenido	Concentración
	Desde	Hasta					
Otros Cursos o Adiestramientos							
Institución			Título del Curso		Duración del Curso		Créditos, si alguno
Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio							
Clase		Número		Fecha Expedida		Fecha Vencimiento	

# Experiencia de Trabajo

Incluya una relación de su experiencia de trabajo comenzando con su último empleo. De ser necesario utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. **Sea específico indicando puestos, fechas y salarios.**

Día Año y Mes Desde	Nombre y Dirección del patrono	Nombre de su Supervisor Inmediato	Salario Mensual	Describa en forma <b>concisa y exacta sus deberes</b>	Razón del Cese
Hasta					
Desde					
Hasta					
Desde					
Hasta					
Desde					
Hasta					

**JURO RESPETAR Y CUMPLIR CON LA CONSTITUCIÓN DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.**

Fecha \_\_\_\_\_

Firma (No use letra de molde) \_\_\_\_\_

Para uso interno exclusivamente				
AÑO	MESES	TIPO A	TIPO B	TIPO C
<b>Sub Total</b>				

Para uso interno exclusivamente	
Requisitos Mínimos:	_____
Preferencia a Veterano:	_____
Preparación Adicional:	_____
Puntuación Total Revisada:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
=====	
Analista de Recursos Humanos:	_____
Firma de Aprobación:	_____
Fecha de Evaluación:	_____