JP.50.15
Rev. 26/Jul. 13

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Oficina del Gobernador / Centro de Servicios Compartidos
JUNTA DE PLANIFICACION / OFICINA DE GERENCIA DE PERMISOS
Apartado 41119, Estación Minillas
Santurce, Puerto Rico 00940

LA OFICINA DE GERENCIA DE PERMISOS NO DISCRIMINA POR RAZONES DE RAZA, COLOR, SEXO, EDAD, NACIMIENTO, ORIGEN NACIONAL, CONDICION SOCIAL; POR IDEAS POLITICAS O RELIGIOSAS, NI POR IMPEDIMENTOS FISICOS, MENTALES, SENSORIALES O MATRIMONIO.

Lea cuidadosamente. Llénese a máquina o con tinta en letra de molde. Asegúrese de que todos los apartados han sido debidamente llenados.

SOLICITUD DE EXAMEN

1. Nombre *(Si es empleado gubernamental use su nombre, según aparece en sus documentos oficiales)(Apellido paterno,Apellido materno o del esposo y nombre)*

2. Número de Seguro Social

3. Dirección Postal

4. Dirección Residencial

5. Número de Teléfono
Residencia _____ Trabajo _____

6. Si usted no es ciudadano americano, ¿Posee autorización para trabajar? Sí ☐ No ☐

7. Servicio Militar
Veterano ☐ No Veterano ☐
¿Veterano, incapacitado? Sí ☐ No ☐
¿Tiene preferencia de veterano establecida? Sí ☐ No ☐
Para reclamar preferencia de veterano, debe llenar el Formulario JP 50.19 y someter Certificado de Licenciamiento (DD-214)

13. Tipo de nombramiento que aceptaría
Regular ☐ Transitorio ☐ Jornada Parcial ☐

8. Título del examen que desea tomar, según se anuncia en la convocatoria: _____ Ingreso ☐ Ascenso ☐
Llene una solicitud por cada examen
Número de convocatoria _____

9. ¿Cómo se enteró del examen?

10. ¿Ha tomado este examen anteriormente? Sí ☐ No ☐
Indique la fecha en que lo tomó por última vez:
_____
Día Mes Año

11. Impedimento-*No está obligado a informar que es persona con impedimento, pero tiene el derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 81 del 27 de julio de 1996. Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimento.*
Impedimento Sí ☐ No ☐

12. Beneficios – *No está obligado a informar que es persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental, bajo la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico, pero tiene el derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 1 de 7 de enero de 2004. Estar informado es confidencial.*
Beneficiencia de Asistencia Económica Sí ☐ No ☐
¿Es actualmente empleado del Gobierno Estatal? Sí ☐ No ☐
Si lo es, indique su status marcando el encasillado apropiado.
a. Servicio de Carrera ☐ b. Servicio de Confianza ☐
Probatorio ☐ Otro (indique) ☐
Regular ☐
Transitorio ☐ Estoy disponible para empleo en _____
Fecha

Preparación Académica

14. ¿Se graduó de Escuela Superior o su equivalente? Sí ☐ No ☐

15. Si contesta que no a la pregunta anterior indique el grado más alto aprobado
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

16. Si se graduó, indique cursos aprobados
General ☐ Comercial ☐ Vocacional ☐ Otros (indique) _____

17. Nombre y dirección de la Escuela

18. Estudios Universitarios: Indique año completado 1 2 3 4

Institución: Dirección:	Período (mes y año) Desde: Hasta:	Créditos aprobados
	Grado recibido:	Fecha:

Asignatura principal:	Créditos aprobados	Asignatura secundaria:	Créditos aprobados

19. Estudios post graduados:	Créditos aprobados:	Institución:	Período (mes y año)
¿Terminó? Sí ☐ No ☐	Grado recibido:	Dirección:	Desde: Hasta:

20. Créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el examen que solicita

21. Otros cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita

22. Licencia que posee para ejercer una profesión u oficio Clase Número	Fecha de expedición	Fecha de expiración	Colegiación Sí ☐ No ☐

23. Organizaciones profesionales a las que pertenece

24. ¿Está al día en el pago de sus cuotas? Sí ☐ No ☐

25. Conteste Sí o No

a.	¿Ha sido convicto de algún delito que no sea una violación de tránsito?	Sí ☐	No ☐
b.	¿Ha sido indultado?	Sí ☐	No ☐
c.	¿Ha sido destituido de algún puesto público?	Sí ☐	No ☐
d.	¿Ha sido habilitado por el Director de Personal?	Sí ☐	No ☐
e.	¿Está obligado por la Ley de Sustento de Menores a satisfacer una pensión alimentaria?	Sí ☐	No ☐
f.	¿Está al día en el pago de dicha pensión?	Sí ☐	No ☐
g.	¿Tiene un plan de pago establecido?	Sí ☐	No ☐

Si alguna de las contestaciones es afirmativa, favor de someter evidencia

NO ESCRIBA AQUI
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Acción tomada			
Aceptada	Por:	Fecha:	
Denegada	Por:	Fecha:	Razones:
Devuelta	Por:	Fecha:	Razones:

26. Experiencia: *Indique una relación de su experiencia comenzando con su empleo más reciente. De ser necesario, use una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Describa los deberes que usted realizaba, si ejercía supervisión, especifique el número y posición de los empleados bajo sus órdenes, si alguno y si el empleo requería sus servicios sólo parte del tiempo.*

Nombre y dirección del lugar de trabajo

Título oficial del puesto ocupado por usted

Sueldo Mensual _____ Duración (día, mes y año)
Empleado del Gobierno, indique: Desde: Hasta:
Servicio de Carrera
Regular ☐ Probatorio ☐
Transitorio ☐ Trabajo jornada parcial ☐ _____ Horas
Servicio de confianza ☐ Contrato ☐ Otro ☐

Deberes:

Nombre y dirección del lugar de trabajo

Título oficial del puesto ocupado por usted

Sueldo Mensual _____ Duración (día, mes y año)
Empleado del Gobierno, indique: Desde: Hasta:
Servicio de Carrera
Regular ☐ Probatorio ☐
Transitorio ☐ Trabajo jornada parcial ☐ _____ Horas
Servicio de confianza ☐ Contrato ☐ Otro ☐

Deberes:

Nombre y dirección del lugar de trabajo

Título oficial del puesto ocupado por usted

Sueldo Mensual _____ Duración (día, mes y año)
Empleado del Gobierno, indique: Desde: Hasta:
Servicio de Carrera
Regular ☐ Probatorio ☐
Transitorio ☐ Trabajo jornada parcial ☐ _____ Horas
Servicio de confianza ☐ Contrato ☐ Otro ☐

Deberes:

Nombre y dirección del lugar de trabajo

Título oficial del puesto ocupado por usted

Sueldo Mensual _____ Duración (día, mes y año)
Empleado del Gobierno, indique: Desde: Hasta:
Servicio de Carrera
Regular ☐ Probatorio ☐
Transitorio ☐ Trabajo jornada parcial ☐ _____ Horas
Servicio de confianza ☐ Contrato ☐ Otro ☐

Deberes:

NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA

Resumen de evaluación

Requisitos mínimos ----------

Examen escrito ----------
Experiencia adicional ----------
Preparación adicional ----------

Total----------

Preferencia al Veterano ----------
Preferencia al Impedido ----------
Nota convertida de entrevista grupal ----------
Nota convertida de preparación y experiencia ----------

Fecha_____ Nota final ------

Técnico Evaluador_____

_____
Revisado por

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

- Oportunidades de Ascenso
- Vacaciones con sueldo
- Seguridad de empleo
- Beneficios de retiro
- Oportunidades de estudio
- Licencia por enfermedad
- Licencia de maternidad
- Licencia familiar y médica
- Préstamos personales
- Préstamos para hogares
- Préstamos para compra de automóviles y enseres del hogar
- Préstamos para viajes culturales
- Premios por mejoras administrativas y reconocimientos por excelencia en la prestación de servicios públicos
- Aportación para servicios de salud
- Bono de Navidad
- Depósito Directo para pago de nómina
- Programa de Productividad

Nota: Será condición para solicitar, obtener o mantener contratación o empleo con el Gobierno de Puerto Rico, que:

1. Todo solicitante tiene que acompañar con la solicitud de examen, evidencia acreditativa de que rindió la Planilla de Contribución Sobre Ingresos durante los últimos cuatro (4) años, si estaba obligado a rendir la misma o evidencia a los efectos de que no debían radicar planillas durante todo o en parte del período antes mencionado, conforme dispone la Ley Núm. 254 del 31 de agosto de 2000.

2. Toda persona que esté obligada a satisfacer una pensión alimentaria, esté al día o ejecute y satisfaga un plan de pagos al efecto, conforme dispone la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, (Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores).

3. Como parte de la evaluación médica requerida, a fin de determinar que está apto(a) para desempeñar las funciones del puesto para el cual se ha preseleccionado, se exigirá la presentación de un informe certificado de resultado de una prueba para la detección de sustancias controladas, conforme dispone la Ley Núm. 78 del 14 de agosto de 1997, reconocida como Ley Para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo en el Sector Público. Además, la negativa de un candidato a someterse a la prueba o un resultado positivo corroborado en la misma, será causa suficiente para denegar el empleo.

27. Declaro que la información por mí incluida 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 cualquier falsedad o fraude con relación a lo por mí firmado, 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.

No olvide firmar e indicar la fecha de radicación de solicitud

_____ _____
Fecha Firma (no use letra de molde)