

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
Apartado 70184
San Juan, PR 00936

SOLICITUD DE EXAMEN

NO ESCRIBA AQUI

Nota del examen anterior: _____
Fecha en que tomó el examen: _____
Nota del examen actual: _____

Llénesse a máquina o con bolígrafo, en letra de molde. Lea cuidadosamente y asegúrese de que todos los apartados han sido debidamente llenados.

NOTA: BJ es empleado gubernamental, use su nombre según aparece en sus documentos oficiales.

1. NOMBRE: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

2. DIRECCION POSTAL: _____
(Urbanización,)

_____ (calle y Número) o _____ (Apartado de Correo)

_____ (Pueblo) _____ (Zip Code)

2a. Números de Teléfono:

Residencial: _____ Celular _____
Trabajo: _____ Otros: _____

7. ¿Es actualmente empleado del Gobierno Estatal? Si No

Si lo es, indique su status como empleado marcando el encasillado apropiado

Servicio de Carrera
Probatorio Regular Transitorio

a) Servicio de Confianza

8. ¿Has tornado este examen anteriormente? Si lo ha tornado, indique la fecha en que la lo toma par última vez: Si No

_____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año)

9. Número de Seguro Social: _____ (Opcional)

12. PUEBLOS DONDE ACEPTA EMPLEO (Especifique):

3. Título del examen que desea tomar según se anuncia en la convocatoria: _____

LENE UNA SOLICITUD POR CADA CONVOCATORIA A EXAMEN

4. FECHA DE NACIMIENTO _____
(Día) (Mes) (Año)

5. LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(Ciudad) (Estado o País)

6. SP RVICIO MILITAR: Veterano No Veterano

Si es veterano, indique:

a. Fecha de ingreso el servicio militar _____
b. Fecha de licenciamiento _____ (Día) (Mes) (Año)

Para reclamar preferencia de Veterano debe llenar el formulario DSP-4 o Certificación de la Administración de Veteranos.

10. Conforme a la Ley 81 del 27 de julio de 1946 de Igualdad de Oportunidades de Empleo para personas con impedimentos, usted no esté obligado a informal que es una persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de sumar cinco (5) puntos o el cinco (5) porciento, lo que sea mayor a la calificación obtenida.

Indique si va a reclamar el derecho a preferencia: Si No

11 La Ley Pública Federal Núm. 104-193 del 22/ago/96 según enmendada, otorga el beneficio de cinco (5) puntos o el cinco (5) porciento de la puntuación total del examen a los beneficiarios de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental, Programa TANF que están próximos a cumplir 60 meses de participación. Indique si va a reclamar el derecho a preferencia: Si No

13. PREPARACION ACADEMICA (Haga un círculo alrededor del grado ms alto aprobado)

a. ESCUELA ELEMENTAL E INTERMEDIA 1 4 7 2 5 8 3 6 9	¿Se graduó? Si [] No []	b. ESCUELA SUPERIOR 10 11 12	Institución:
	Periodo (mes y ano) Desde: Hasta:		¿Se graduó? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ESTUDIOS UNVERSITAROS 1 3 5 2 4	Institución:	d. ESTUDIOS POSTGRADUADOS	Materia
	Total de créditos aprobados:		Periodo (mes y año) Desde: Hasta:
Periodo (mes y año) Desde:	Hasta:	¿Termino? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Grado recibido:
Grado recibido:	Fecha del grado:		Créditos aprobados:
Concentración:	Créditos en esa Concentración:		

e. OTROS CURSOS: Especifique Institución y duración (Día, Mes y Años)

14. (véase apartado 14a al dorso)	Clase	Número	Fecha de expedición	Fecha de expiración
LICENCIAS				
COLEGIACION				
REGISTRO				

NO ESCRIBA AQUI

ACCION TOMADA: Aceptada Devuelta Denegada

RAZONES: _____

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

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

SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION POSTAL _____

TITULO DEL EXAMEN SOLICITADO _____

_____ (Fecha) _____ (Firma)

NO ESCRIBA AQUI

Sin Especificar No hay Convocatoria Cerrada

DEPARTAMENTO DE SALUD



Patrono con Igualdad de Oportunidades

