

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: B si 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 por 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: _____
LLENE UNA SOLICITUD POR CADA CONVOCATORIA A EXAMEN

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

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

6. SERVICIO MILITAR: Veterano No Veterano
Si es veterano, indique:

a. Fecha de ingreso al 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 está obligado a informar que es una persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de sumar cinco (5) puntos o el cinco (5) por ciento, 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) por ciento 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 año) Desde: Hasta:		¿Se graduó? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Periodo (mes y año) Desde: Hasta:
	Institución:		Curso:	Materia
c. ESTUDIOS UNVERSITARIOS 1 3 5 2 4	Total de créditos aprobados:	d. ESTUDIOS POSTGRADUADOS	Institución:	
	Periodo (mes y año) Desde: Hasta:		Curso:	Grado recibido:
Grado recibido:	Fecha del grado:	¿Termino? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 Evaluado por: _____

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)

Sin Especificar No hay Convocatoria Cerrada

DEPARTAMENTO DE SALUD



Patrono con Igualdad de Oportunidades

CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA
PARA QUE SU SOLICITUD SE TRAMITE CON TO DA RAPIDEZ, ESPECIFIQUE CORRECTAMENTE
TODO LO RELACIONADO CON SU EXPERIENCIA
 (Fechas, Nivel y Sueldos)

16. EXPERIENCIA: Incluya una relación de su experiencia comenzando con su ultimo empleo. Si fuere necesario use una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Indique la clase de trabajos que usted realizaba así como el número y condición de los empleados bajo sus órdenes, si alguno. Indique si el empleo requería sus servicios solo parte del tiempo. Especifique si durante los periodos de empleo ha estado fuera del servicio en uso de licencia sin sueldo, licencia militar a licencia con sueldo para estudios. Indique las fechas exactas (día, mes y año)		NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNS																																												
Nombre y dirección del lugar del trabajo	Duración del empleo Indique día, mes y año Desde: _____ Hasta: _____ Total: _____ Sueldo Mensual: Inicial: _____ Final: _____	RESUMEN DE EVALUACIÓN RESULTADOS MÍNIMOS _____ EXPERIENCIA ADICIONAL _____ <table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																												
Título del puesto ocupado por usted	Duración del empleo Indique día, mes y año Desde: _____ Hasta: _____ Total: _____ Sueldo Mensual: Inicial: _____ Final: _____																																													
Deberes (Describalos brevemente)																																														
Título del puesto ocupado por usted	Duración del empleo Indique día, mes y año Desde: _____ Hasta: _____ Total: _____ Sueldo Mensual: Inicial: _____ Final: _____																																													
Deberes (Describalos brevemente)																																														
Nombre y dirección del lugar del trabajo	Duración del empleo Indique día, mes y año Desde: _____ Hasta: _____ Total: _____ Sueldo Mensual: Inicial: _____ Final: _____																																													
Título del puesto ocupado por usted																																														
Deberes (Describalos brevemente)																																														
		TOTAL _____																																												
		PREPARACIÓN ADICIONAL: _____																																												
Nombre y dirección del lugar del trabajo	Duración del empleo Indique día, mes y año Desde: _____ Hasta: _____ Total: _____ Sueldo Mensual: Inicial: _____ Final: _____	PREFERENCIA DE VETERANO(A) _____ PREF. PERSONA INCAPACITADA _____ PREF. ASIST. ECON. GUB. _____ NOTA _____																																												
Título del puesto ocupado por usted		Fecha _____ Analista _____																																												
Deberes (Describalos brevemente)		Revisado Por: _____																																												

NO OLVIDE LLENAR EL SIGUIENTE ENCASILLADO, ASI COMO FIRMAR E INDICAR LA FECHA EN QUE RADICO ESTA SOLICITUD.

17. ¿HA SIDO CONVICTO DE ALGÚN DELITO GRAVE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. ¿HA SIDO O ESTUIDO DE ALGUN PUESTO PÚBLICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contesta en la afirmativa, indique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta en la afirmativa, indique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. DECLARO que la información que ofrecí en esta Solicitud es correcta y verídica; que he expuesto la misma de buena fe sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude. Autorizo cualquier persona particular, cualquier Corporación, Institución, Agencia o entidad pública o privada para que ofrezcan a la Autoridad Nominadora, representante autorizado o persona en quien se delegue cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione con mi preparación académica o experiencia de trabajo que ellos estimen necesaria y pertinente. Tengo conocimiento de cualquier tergiversación u omisión de información, serán causa suficiente para que se me declare inelegible para ocupar puestos en este Departamento o se me destituya de mi puesto. Estoy consciente de que mi solicitud será evaluada con la información que indiqué a la fecha de la misma y que la calificación que obtendré no podrá ser enmendada por información que provea posteriormente.	
_____ Fecha	_____ Firma (No use letra de molde)
NOTA IMPORTANTE: Antes de remitir este formulario cerciorea de que todos los apartados han sido debidamente cumplimentados. Si necesita mas espacio para dar información, use una hoja adicional.	

14. INFORMACIÓN SOBRE LICENCIAS Y COLEGIACIÓN

LICENCIAS:

- a. Fecha en que obtuvo la primera licencia provisional
- b. Fecha en que obtuvo la licencia permanente. Indique el número y la fecha de vencimiento.
- c. Fecha, si alguna, en que no contaba con ningún tipo de licencia. (De no poseer esta información puede obtenerla en la Junta Examinadora que corresponda a su profesión).

REGISTRO:

En las profesiones que corresponda, el (la) solicitante deberá someter evidencia de registro y recertificación vigente de Profesionales de Salud.

COLEGIACIÓN:

En las profesiones que corresponda, el (la) solicitante deberá someter evidencia de estar colegiado y estar al día en el pago de las cuotas.

IMPORTANTE

Esta información es esencial para acreditar la experiencia profesional.
 Las solicitudes de aquellos aspirantes que no la provean no podrán ser evaluadas.