DTRH-3
Rev. 6/2013

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

SOLICITUD DE EXAMEN

Favor de utilizar letra de molde

www.trabajo.pr.gov

PARA USO DEL DTRH
Nota Examen: _____
Pref. Veter: _____
Ley Núm. 1: _____
Ley Núm. 81: _____
Desempate: _____

1. TITULO DEL EXAMEN Y NUMERO DE CONVOCATORIA

2. NUM. DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL) _____

3. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

4. DIRECCION DONDE RECIBE LA CORRESPONDENCIA
_____
_____
ZONA POSTAL

5. TELEFONOS DONDE PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED
RESIDENCIA _____ TRABAJO _____

6. ¿PERTENECE A LA UNIDAD APROPIADA DEL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS?
SI ☐ NO ☐

ESTA INFORMACION ES OPCIONAL

7. FECHA DE NACIMIENTO _____ _____ _____
DIA MES AÑO

8. SEXO: ☐ F ☐ M

9. PUEBLO DONDE ACEPTARIA EMPLEO (ESPECIFICAR LOS PUEBLOS)
_____ _____ _____
_____ _____ _____

10. VETERANO SI ☐ NO ☐ VET. INCAPACITADO SI ☐ NO ☐
PARA RECLAMAR PREFERENCIA DE VETERANO DEBE INCLUIR EL FORMULARIO DD-214.

PREPARACION ACADEMICA

11. ¿SE GRADUO DE ESCUELA SUPERIOR O SU EQUIVALENTE? SI ☐ NO ☐ FECHA _____
GRADO ALCANZADO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

12. SI SE GRADUO, INDIQUE EL CURSO APROBADO: ☐ GENERAL ☐ MECANOGRAFO ☐ SECRETARIAL ☐ OFICINISTA

13. NOMBRE Y DIRECCION DE LA ESCUELA:

14. UNIVERSIDADES, ESCUELAS COMERCIALES O VOCACIONALES A LAS QUE HAYA ASISTIDO

INSTITUCION	FECHA DESDE	FECHA HASTA	CREDITOS APROBADOS	SE GRADUO SI O NO	AÑO GRADUO	GRADO OBTENIDO	ASIGNATURA PRINCIPAL Y CREDITOS

15. SI ESTUDIO EN INSTITUCIONES FUERA DE P.R. INDIQUE EL NOMBRE Y LA DIRECCION:

16. INDIQUE LOS CREDITOS QUE TIENE APROBADOS RELACIONADOS CON EL EXAMEN QUE SOLICITA:

17. ENUMERE CURSOS O ADIESTRAMIENTOS RELACIONADOS CON EL EXAMEN QUE SOLICITA:

TITULO DEL CURSO	INSTITUCION	DURACION DEL CURSO

18. LICENCIAS QUE POSEE PARA EJERCER UNA PROFESION U OFICIO

CLASE	NUMERO	FECHA EXPEDIDA	FECHA EXPIRACION

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

ACCION TOMADA ☐ Aceptada ☐ No Considerada ☐ Denegada POR: FECHA:

IMPORTANTE: Llene la información que se solicita en este volante al momento de completar esta solicitud.

NO LO DESPRENDA

NOMBRE _____
(Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____
_____

TITULO DEL EXAMEN SOLICITADO _____

_____ _____
Fecha Firma

EL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EMPLEO

SECRETARÍA AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
Avenida Muñoz Rivera #505, Piso 15, Edificio Prudencio Rivera Martínez, Hato Rey, Puerto Rico 00918
PO Box 195540, San Juan, Puerto Rico 00919-5540 Tel: 787.754.5865 Fax: 787.756-1130

19. **EXPERIENCIA**

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

	FECHA	DESDE			HASTA		
TITULO OFICIAL DEL PUESTO		día	mes	año	día	mes	año
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO							
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO							

DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION

EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE:

☐ Probatorio ☐ Regular ☐ Confianza ☐ Transitorio
☐ Jornal ☐ Irregular ☐ Contrato ☐ Otro _____

Trabajo Jornada Parcial _____ HRS
Salario Final $ _____ mensual _____
Semanal _____
hora _____

	FECHA	DESDE			HASTA		
TITULO OFICIAL DEL PUESTO		día	mes	año	día	mes	año
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO							
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO							

DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION

EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE:

☐ Probatorio ☐ Regular ☐ Confianza ☐ Transitorio
☐ Jornal ☐ Irregular ☐ Contrato ☐ Otro _____

Trabajo Jornada Parcial _____ HRS
Salario Final $ _____ mensual _____
Semanal _____
hora _____

	FECHA	DESDE			HASTA		
TITULO OFICIAL DEL PUESTO		día	mes	año	día	mes	año
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO							
NOMBRE DE SU SUPERVISOR INMEDIATO							

DESCRIBA EN FORMA CONCISA Y EXACTA SUS DEBERES, SI HA REALIZADO FUNCIONES DE SUPERVISION, INDIQUE LAS CLASIFICACIONES DEL PERSONAL BAJO SU SUPERVISION

EMPLEADO DEL GOBIERNO INDIQUE:

☐ Probatorio ☐ Regular ☐ Confianza ☐ Transitorio
☐ Jornal ☐ Irregular ☐ Contrato ☐ Otro _____

Trabajo Jornada Parcial _____ HRS
Salario Final $ _____ mensual _____
Semanal _____
hora _____

20. **CONTESTE SI O NO**

1. ¿Ha sido convicto de algún delito grave? (Felony) _____
2. ¿Ha sido destituido de algún puesto público? _____
3. ¿Es adicto al uso habitual de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? _____
4. ¿Ha sido usted indultado _____ o su sentencia conmutada? _____ En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.
5. ¿Ha sido habilitado por el Administrador de la Oficina Central de Asesoramiento Laboral y de Administración de Personal? _____ En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.
6. Autorizo a la autoridad nominadora o su representante autorizado a que pueda corroborar cualquier información ya sea de preparación académica o experiencia laboral provista por mi en este formulario. _____
7. ¿Radicó Planilla de Contribución sobre Ingresos durante los últimos cuatro (4) años? _____
   Si indicó que Sí, favor someter Certificación de Radicación de Planilla expedida por el Departamento de Hacienda.
   Si indicó que No, favor someter formulario Certificación de Razones por las Cuales No Esta Obligado(a) en Ley a Rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos expedida por el Departamento de Hacienda.

21. 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 descrubirse 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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Año	Meses	Puntos
	Total	

REQUISITOS MINIMOS _____
EXPERIENCIA ADICIONAL _____
PREPARACION ADICIONAL _____
_____
ENTREVISTA _____
EXAMEN ESCRITO _____
TOTAL _____

_____ FECHA
_____ TECNICO EVALUADOR

_____ FECHA
_____ REVISADO POR:

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 precisas.

Los candidatos que indiquen poseer experiencia en empresas privadas excluidas de las disposiciones de la Ley de Personal del Servicio Público deberán acompañar con su solicitud de examen una certificación de la agencia o empresa donde preste o haya prestado servicios que incluya lo siguiente:

a) Puesto ocupado por el solicitante.
b) Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial.
c) Fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleado a jornada parcial.
d) Descripción detallada de los deberes y naturaleza del trabajo.

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