

INSTRUCCIONES:

1.

Llénese en letra de molde.
2.

Lea cuidadosamente y asegúrese que todos los apartados han sido debidamente llenados.
Si alguno no aplica favor de escribir lo siguiente: N/A.
3.

No se aceptarán solicitudes incompletas.

INFORMACIÓN SOBRE LA CONVOCATORIA

Número de convocatoria:

¿Ha solicitado anteriormente al Programa de Prácticas Supervisadas o Internado de la OIG?

Sí ☐

No ☐

▶ En caso de afirmativo, indique la fecha en que solicitó:

Día

Mes

Año

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombre:

Inicial:

Últimos 4 números de su Seguro Social:

Correo Electrónico:

Número de Celular:

Número Alterno:

Dirección Postal (incluir código postal):

Dirección Física (incluir código postal):

Licencia de Conducir:

Categoría:

Número:

Fecha de Expiración:

Sí ☐ No ☐

PREPARACIÓN ACADÉMICA

¿Es usted estudiante regular activo? Sí ☐ No ☐

Desglose la institución universitaria que asiste o ha que ha asistido:

Institución	Núm. de Estudiante	Créditos Aprobados	GPA	Se graduó SÍ o NO	Grado Obtenido	Asignatura Principal / Concentración

¿Ha solicitado graduación?

Sí ☐ No ☐

▶ En caso de afirmativo, indique la fecha en que solicitó:

Día

Mes

Año

¿Continúa siendo estudiante durante el Programa a participar? Sí ☐ No ☐ ▶ Nivel: Subgraduado ☐ Graduado ☐

¿Estudio en Instituciones fuera de Puerto Rico? Sí ☐ No ☐ ▶ En caso de afirmativo, indique nombre y dirección de la Institución educativa (acompañe certificación de acreditación por las autoridades competentes):

CONVALIDACIÓN

De mediar interés en ser convalidado por crédito universitario, así debe consignarlo y entregar autorización de la Institución de procedencia y pago correspondiente de matrícula. (Toda solicitud de participación deberá acompañarse con evidencias de preparación académica.)

Intereso convalidación

☐

No intereso convalidación

☐

EXPERIENCIAS DE EMPLEO

Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo (incluyendo oportunidades de internado previos). Sea específico indicando puestos y fechas.

Experiencia de empleo 1

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono:

Dirección:

Título del puesto ocupado por usted:

Funciones: (Descripción General)

Desde:

Hasta:

Razón de terminación

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Experiencia de empleo 2

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono:

Dirección:

Título del puesto ocupado por usted:

Funciones: (Descripción General)

Desde:

Hasta:

Razón de terminación

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Experiencia de empleo 3

Nombre del lugar de trabajo:

Teléfono:

Dirección:

Título del puesto ocupado por usted:

Funciones: (Descripción General)

Desde:

Hasta:

Razón de terminación

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Favor contestar Sí o No:

1. ¿Actualmente, trabaja o ha trabajado algún familiar o pariente suyo en la OIG?

Sí ☐ No ☐ ▶ En caso afirmativo, indique nombre y apellidos del familiar:

2. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?

Sí ☐ No ☐

3. ¿Ha sido convicto o acusado de alguna violación a la Ley, exceptuando ofensas menores de tránsito?

Sí ☐ No ☐

4. ¿Ha sido destituido de algún puesto en el gobierno o en el servicio público?

Sí ☐ No ☐

5. ¿Ha sido habilitado por la Oficina de la Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)?

Sí ☐ No ☐ ▶ En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

6. ¿Tiene usted obligación de cumplir con la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada"?

Sí ☐ No ☐

¿Está cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada?

Sí ☐ No ☐

Certifico que la información ofrecida por mí en esta solicitud es cierta, exacta y verídica. Que he expuesto la misma de buena fe, sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude. Afirmo que los documentos anexos a esta solicitud son de carácter oficial y que no han sido alterados, entiéndase, que los mismos pasan a ser propiedad de la Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG). Tengo conocimiento que, de cualquier tergiversación de hechos u omisión de información, hechos en forma deliberada de mi parte, serán causa suficiente para que se me declare inelegible como participante o se me destituya en la OIG.

Autorizo a la Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG) a realizar cualquier investigación sobre mis referencias personales y mi expediente profesional en cualquiera de las organizaciones (públicas o privadas) para las cuales he trabajado.

Firma del Solicitante:

Fecha:

Día

Mes

Año

PARA USO OFICIAL DE LA OIG / NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

ACCIÓN TOMADA: Aceptada ☐ Denegada ☐

Notas:

Revisado por:

Fecha:

Día

Mes

Año

Firma Representante de Recursos Humanos:

Fecha:

Día

Mes

Año

La Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG), ofrece la oportunidad de participar del Programa a toda persona cualificada, sin discrimen por razón de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social, por ideas políticas o religiosas, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, por agresión sexual o acecho, por condición de veterano, por impedimento físico o mental, por orientación sexual real o percibida, o por la identidad de género.