

1. Información personal

Título del examen solicitado (según convocatoria)	Número de Seguro Social
Apellido paterno	Apellido materno
Nombre	Fecha de nacimiento (día / mes / año)
Dirección postal	Zona postal
Dirección física (si es diferente)	Correo electrónico
Teléfono residencial	Teléfono celular
Teléfono del trabajo	Otro teléfono

2. Preferencias y datos adicionales

¿Ha tomado este examen anteriormente?

☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique la fecha	Pueblos o agencias donde aceptaría empleo
Si no tiene preferencia por un pueblo o agencia, escriba “Cualquiera”. Si desea trabajar en lugares específicos, enumérelos:	
1. Pueblo / agencia	2. Pueblo / agencia
3. Pueblo / agencia	4. Pueblo / agencia

Tipo de nombramiento que aceptaría:

☐ Regular ☐ Transitorio ☐ Jornada parcial ☐ Otro: _____

Indique si alguna condición requiere acomodo razonable para tomar el examen. La información se manejará conforme a las normas aplicables:

☐ No vidente ☐ Sordo/a ☐ Uso de silla de ruedas ☐ Otra: _____

Veterano/a:

☐ Sí ☐ No

¿Veterano/a incapacitado/a?

☐ Sí ☐ No

La información sobre condición de veterano es voluntaria. Para reclamar preferencia, complete el formulario OCAP-4A y someta la certificación de licenciamiento u otros documentos acreditativos.

¿Tiene preferencia establecida bajo la normativa aplicable?

☐ Sí ☐ No

3. Preparación académica

¿Se graduó de escuela superior o su equivalente?

☐ Sí ☐ No

Si contestó no, indique el grado más alto aprobado	Fecha de graduación (día / mes / año)
--	---------------------------------------

Si se graduó, indique el curso aprobado:

☐ General ☐ Dactilografía ☐ Secretarial ☐ Oficinista ☐ Contabilidad ☐ Otro: _____

Nombre y dirección de la escuela	Institución / escuela comercial o vocacional
----------------------------------	--

Universidades, escuelas comerciales o vocacionales a las que haya asistido:

Institución y dirección	Desde	Hasta	Créditos aprobados	¿Se graduó?	Grado / asignatura principal
Si estudió fuera de Puerto Rico, indique dirección de la institución					Créditos aprobados relacionados con el examen
Nota de reválida					Índice de graduación

4. Cursos, adiestramientos y licencias

Enumere solamente los cursos o adiestramientos relacionados con el examen solicitado.

Institución	Título del curso	Duración	Fecha

Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio:

Clase	Número	Fecha expedida	Fecha de vencimiento

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
ACCION TOMADA:	____ ACEPTADA ____ DEVUELTA ____ DENEGADA
POR:	FECHA:

5. Experiencia de empleo

Incluya su experiencia comenzando por su empleo más reciente. De ser necesario, utilice una hoja adicional siguiendo el mismo formato. Sea específico e indique puestos, fechas y salarios.

Experiencia 1

Título oficial del puesto	Fecha: desde (día/mes/año) hasta (día/mes/año)
Nombre y dirección del patrono	Nombre del supervisor inmediato
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si supervisó personal, indique las clasificaciones y cantidad de empleados:	

Empleado del gobierno: ☐ Sí ☐ No
Si contestó sí, indique el tipo de servicio:
☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Contrato ☐ Transitorio ☐ Otro
Jornada: ☐ Completa ☐ Parcial — horas: _____ Salario final: \$ _____ ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Por hora

Experiencia 2

Título oficial del puesto	Fecha: desde (día/mes/año) hasta (día/mes/año)
Nombre y dirección del patrono	Nombre del supervisor inmediato
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si supervisó personal, indique las clasificaciones y cantidad de empleados:	

Empleado del gobierno: ☐ Sí ☐ No
Si contestó sí, indique el tipo de servicio:
☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Contrato ☐ Transitorio ☐ Otro
Jornada: ☐ Completa ☐ Parcial — horas: _____ Salario final: \$ _____ ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Por hora

Experiencia 3

Título oficial del puesto	Fecha: desde (día/mes/año) hasta (día/mes/año)
Nombre y dirección del patrono	Nombre del supervisor inmediato
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si supervisó personal, indique las clasificaciones y cantidad de empleados:	

Empleado del gobierno: ☐ Sí ☐ No
Si contestó sí, indique el tipo de servicio:
☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Contrato ☐ Transitorio ☐ Otro
Jornada: ☐ Completa ☐ Parcial — horas: _____ Salario final: \$ _____ ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Por hora

Experiencia 4

Título oficial del puesto	Fecha: desde (día/mes/año) hasta (día/mes/año)
Nombre y dirección del patrono	Nombre del supervisor inmediato
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si supervisó personal, indique las clasificaciones y cantidad de empleados:	

Empleado del gobierno: ☐ Sí ☐ No
Si contestó sí, indique el tipo de servicio:
☐ Carrera ☐ Confianza ☐ Regular ☐ Probatorio ☐ Contrato ☐ Transitorio ☐ Otro
Jornada: ☐ Completa ☐ Parcial — horas: _____ Salario final: \$ _____ ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Por hora

6. Preguntas y declaración

Conteste Sí o No a cada pregunta:

Pregunta	Sí	No
¿Es adicto/a al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?	☐	☐
¿Ha sido convicto/a por delito grave (Felony), indultado/a o con sentencia conmutada?	☐	☐
¿Ha sido destituido/a de algún puesto público?	☐	☐
¿Ha sido habilitado/a por el Director de la Oficina Central de Administración de Personal?	☐	☐
En caso afirmativo, acompañe la documentación correspondiente.		

DECLARACIÓN

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 en este formulario es exacta y verídica y que ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o cometer fraude. Tengo conocimiento de que, si se descubre falsedad o fraude en lo afirmado, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles; de haber sido nombrado/a, se me podrá separar del puesto que ocupe.

Fecha	Firma del/de la solicitante
-------	-----------------------------

7. Uso exclusivo de la Oficina de Personal

ACCIÓN TOMADA		EVALUACIÓN	
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO			
AÑO	MESES	PUNTOS	
TOTAL			

Requisitos mínimos:

Experiencia adicional:

Preparación adicional:

Entrevista:

Examen escrito:

Técnico evaluador:

Revisada por:

Fecha:

Instrucciones

- Indique claramente el título del examen que solicita. Complete una solicitud por cada examen que interese tomar.
- Detalle la experiencia que posea, destacando las funciones relacionadas con la clase de puesto correspondiente al examen.
Es importante indicar las fechas exactas.
- Los candidatos que indiquen experiencia en una empresa privada excluidas de las disposiciones de la Ley de Personal del Servicio Público deberán acompañar con su solicitud de examen una certificación del patrono que incluya:
(a) posición ocupada
(b) salario semanal, mensual o por hora
(c) fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas, si era jornada parcial.
(d) descripción de los deberes y naturaleza del trabajo.
- En la evaluación de su solicitud se tomará en consideración los requisitos de la clase, la experiencia y preparación adicional, así como los cursos o adiestramientos relacionados con el puesto solicitado para el cual solicita el examen.