



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Gobierno Municipal de Quebradillas

SOLICITUD DE EXAMEN O EMPLEO

Patrón con Igualdad de Oportunidad en el Empleo

Examen o Empleo que solicita	Núm. de Convocatoria	Nombre del(de la) Evaluador(a)
------------------------------	----------------------	--------------------------------

¿Ha tomado este examen anteriormente? Fecha: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Firma del(de la) Evaluador(a) Fecha: _____
---	---

No escriba en este espacio (Para uso de la Oficina de Administración de Recursos Humanos)

<input type="checkbox"/> Examen por comparecencia	<input type="checkbox"/> Examen sin comparecencia	¿Cualifica para el puesto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	---	---

Acción tomada: <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Devuelta <input type="checkbox"/> Denegada
Por: _____ Fecha: _____



Razones:

Resumen de Evaluación

	TIEMPO	EXPERIENCIA	TIPO	PUNTUACIÓN
Requisitos Mínimos: _____				
Entrevista: _____				
Nota Exame Escrito: _____				
Preparación Adicional: _____				
Experiencia Adicional: _____				
PREFERENCIAS				
Veterano: _____				
Veterano Incapacitado: _____				
Persona con Impedimento: _____				
Preferencia PAN: _____				
Nota Final: _____				
Desempate: _____				

Nota: El(La) solicitante no está obligado(a) a informar que es persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley Núm. 81 de julio de 1996 de Igualdad de Oportunidades de Empleo para persona con impedimentos.

Po Box 1544, Quebradillas, Puerto Rico 00678-1544
Teléfono: (787) 895-2840 | Fax: (787) 895-7734
Correo Electrónico: oficinadelalcalde@quebradillas.pr.gov
Página Cibernética: www.quebradillas.pr.gov

 Gobierno Municipal de Quebradillas
 Municipio Quebradillas



Parte A:

Información General

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	Fecha de Nacimiento
Seguro Social XXX-XX-_____		Estatus Civil		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						¿Está legalmente autorizado a trabajar en Puerto Rico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Dirección Residencial			Dirección Postal			Correo electrónico	
Teléfono Residencial () _____ - _____		Teléfono Trabajo () _____ - _____		Celular () _____ - _____		Fax () _____ - _____	
Persona a notificarse en caso de emergencia:							
a) Nombre				Dirección		Teléfono	
b) Nombre				Dirección		Teléfono	
¿Es empleado(a) de Gobierno? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Otro _____							
¿Está acogido(a) a alguna pensión? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Otra _____							
¿Tiene algún familiar trabajando en el Municipio?							
Nombre		Parentesco		Puesto que ocupa		Oficina	
Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no le permiten tomar los exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras circunstancias. Inque si tiene alguna de las siguientes condiciones:							
<input type="checkbox"/> No vidente <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Uso de silla de rueda <input type="checkbox"/> Otro(s) _____							
¿Ha sido convicto por delito grave (Felony)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿Ha sido indultado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Naturaleza del indulto <input type="checkbox"/> Absoluto <input type="checkbox"/> Condicional				¿Ha sido su sentencia conmutada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Ha sido destituido del Gobierno? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por el(la) Director(a) de ORHELA? (En caso afirmativo acompañe evidencia.) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

Parte B: (Incluya evidencia)

Preparación Académica favor de mencionar universidades, escuelas, instituciones comerciales o vocacionales, cursos y adiestramientos

Nombre Escuela o Universidad	Localización	Fecha		Grado Obtenido	Concentración o Especialización	Créditos Aprobados
		Desde dd/mm/aa	Hasta dd/mm/aa			

Parte C:**Licencias** (Mencione las licencias que posee para poder ejercer una profesión u oficio, incluyendo la licencia de conducir.)

Tipo de Licencia	Número	Fecha de Expedición dd/mm/aa	Fecha de Vencimiento dd/mm/aa

Parte D:**Destrezas**

Indique máquinas y equipo que puede operar:

Idiomas que conoce:	Habla	Lee	Escribe
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco
<input type="checkbox"/> otro _____	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> poco

Parte E:**Experiencia de Trabajo** (De necesitar espacio adicional, favor de incluir una hoja con la información, siguiendo este formato.)

Nombre del Patrono:	Dirección y Teléfono:	Nombre del(de la) Supervisor(a):						
Título del Puesto:	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Fechas (dd/mm/aa)</th> </tr> <tr> <td>Desde:</td> <td>Hasta:</td> </tr> </table>	Fechas (dd/mm/aa)		Desde:	Hasta:	<table border="1"> <tr> <td>Sueldo Inicial:</td> <td>Sueldo Final:</td> </tr> </table>	Sueldo Inicial:	Sueldo Final:
Fechas (dd/mm/aa)								
Desde:	Hasta:							
Sueldo Inicial:	Sueldo Final:							

Describa sus deberes:

Nombre del Patrono:	Dirección y Teléfono:	Nombre del(de la) Supervisor(a):						
Título del Puesto:	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Fechas (dd/mm/aa)</th> </tr> <tr> <td>Desde:</td> <td>Hasta:</td> </tr> </table>	Fechas (dd/mm/aa)		Desde:	Hasta:	<table border="1"> <tr> <td>Sueldo Inicial:</td> <td>Sueldo Final:</td> </tr> </table>	Sueldo Inicial:	Sueldo Final:
Fechas (dd/mm/aa)								
Desde:	Hasta:							
Sueldo Inicial:	Sueldo Final:							

Describa sus deberes:

Nota: El(La) solicitante no está obligado(a) a informar que es persona con impedimento, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996 de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos.

Nombre del Patrono:		Dirección y Teléfono:		Nombre del(de la) Supervisor(a):	
Título del Puesto:	Fechas (dd/mm/aa)		Sueldo Inicial:	Sueldo Final:	
	Desde:	Hasta:			
Describa sus deberes:					
Nombre del Patrono:		Dirección y Teléfono:		Nombre del(de la) Supervisor(a):	
Título del Puesto:	Fechas (dd/mm/aa)		Sueldo Inicial:	Sueldo Final:	
	Desde:	Hasta:			
Describa sus deberes:					

Parte F: Preferencias (Para reclamar, debe presentar evidencia. En el caso de Preferencia de Veterano debe someter el certificado de licenciamiento (formulario 214).)			Para uso del Municipio PUNTOS
¿Reclama usted el beneficio de puntos de Veterano?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Reclama usted el beneficio de puntos de Veterano Incapacitado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
¿Reclama usted el beneficio de puntos de Persona con Impedimento?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
¿Reclama usted el beneficio de puntos por recibir el Programa de Asistencia Nutricional Gubernamental (PAN)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
			TOTAL:

Parte G:
Certificación (Lea cuidadosamente el siguiente párrafo.)

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, entendiéndose que los mismos pasan a ser propiedad del Gobierno Municipal de Quebradillas. Tengo conocimiento que cualquier tergiversación de hechos u omisión de información o hechos en forma deliberada de mi parte, serán causa suficiente para que se me declare inelegible como aspirante o se me destituya como incumbente de un puesto del municipio.

Autorizo al Gobierno Municipal de Quebradillas a realizar cualquier investigación sobre mis referencias personales y mi expediente de empleado(a) en cualquiera de las organizaciones (públicas o privadas) para las cuales he trabajado.

Fecha (dd/mm/aa)

Firma del(de la) Solicitante



SOLICITUD DE EXAMEN O EMPLEO

Patrón con Igualdad de Oportunidad en el Empleo

INSTRUCCIONES

1. Llene una Solicitud por cada Examen o Empleo que interese.
2. Complete esta Solicitud en letra de molde. Utilice tinta azul o maquinilla. Asegúrese de que todos los apartados, han sido debidamente completados. Si alguno no aplica deberá indicar N/A. Firme la Solicitud.
3. Incluya copia de la transcripción de créditos de cada institución donde haya tomado los cursos y preparación académica que le cualifican para el puesto que solicita. Presente diplomas o certificación de grados universitarios alcanzados.
4. Para considerar su experiencia en empresas privadas, municipios o agencias gubernamentales, deberá acompañar conjuntamente con su Solicitud de Examen, una Certificación Oficial del(de la) Director(a) de la Oficina de Recursos Humanos, que incluya:
 - a. Título y nivel oficial de los puestos ocupados.
 - b. Sueldo semanal o mensual. Si se trata de empleo a jornada parcial indique salario por hora.
 - c. Fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un(a) empleado(a) a jornada parcial.
 - d. Descripción de los deberes y naturaleza del trabajo.
5. De no incluir Certificación, la experiencia no será considerada. En la evaluación de su Solicitud se tomará en consideración los requisitos de la clase, la experiencia y preparación adicional, los cursos o adiestramientos que ha tomado y que estén relacionados con el puesto para el cual solicita examen.
6. Si va a reclamar preferencia de veterano, deberá someter evidencia que lo identifique como Veterano (Formulario 214).
7. Si va a reclamar preferencia de la Ley Núm. 81 conocida como "Ley de Igualdad de Oportunidad de Empleo para Personas con Impedimentos", deberá someter evidencia que le identifique como persona impedida cualificada. (No aplica a veteranos).
8. Los estudios en el extranjero serán acreditados sólo si somete convalidación de los mismos del Departamento de Educación de Puerto Rico.
9. Los Profesionales deberán presentar evidencia de la licencia para ejercer la profesión en Puerto Rico. Por ejemplo, en el caso de Abogados, es necesario incluya la nota de reválida, transcripción de créditos de los estudios de leyes, evidencia de haber sido admitido a ejercer la Profesión, como miembro del Colegio de Abogados y de Notario Público.
10. Cualquier Solicitud incompleta no será aceptada. Los documentos entregados con la Solicitud serán propiedad del Gobierno Municipal de Quebradillas.

Nota: Como condición de empleo, el (la) candidato(a) seleccionado(a), será sometido(a) a la prueba de detección de sustancias controladas.