



### SOLICITUD DE EMPLEO

#### Sección I. Datos Personales

Apellidos  Nombre  Inicial  Seguro Social xxx-xx-

Dirección Residencial  Dirección Postal

Teléfono Residencial  Teléfono de Trabajo  Extensión  Correo Electrónico

#### Sección II. Información General

Título del Puesto que Solicita   No Docente Número de Convocatoria u Oferta de Empleo

Tipo de Competencia:  Ingreso  Reintegro  Ascenso  Descenso  Traslado

Tipo de Nombramiento que acepta:  Regular  Temporero  Sustituto  Especial  Contrato de Servicios  
 Otro:

Tipo de Tarea:  Completa  Parcial

Horario de trabajo que acepta:  Diurno  Nocturno  Vespertino  Rotativo

¿Ha trabajado anteriormente en la Universidad de Puerto Rico?  Sí  No Unidad:

#### Sección III. Preparación Académica

Se graduó de Escuela Superior o su equivalente:  Sí  No Fecha (día/mes/año):

Si la contestación a la pregunta anterior es No, indique el grado más alto aprobado: 1  2  3  4  5  6   
 7  8  9  10  11

Si se graduó, indique curso:  General  Comercial  Vocacional  
 Equivalencia del Departamento de Educación de Puerto Rico

Nombre de la Escuela  Dirección de la Escuela

**Si realizó estudios universitarios, técnicos o comerciales indique estudios más recientes primero**

Institución	País	Grado Obtenido	Año de Graduación	Primera Especialidad	Segunda Especialidad	Créditos Aprobados

📍 PO BOX 21769, San Juan, PR. 00931-1769 ☎️ 787-751-4550 🏠 787-764-0941 🌐 [www.retiro.upr.edu](http://www.retiro.upr.edu)

"Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social, afiliación política, ideas políticas o religiosas; por ser víctima o ser percibida(o) como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, sin importar estado civil, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio; por impedimento físico, mental o ambos, por condición de veterano(a) o por información genética."

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I

Indique otros cursos o adiestramientos aprobados					
Institución	País	Título del Curso	Duración	Fecha (día/mes/año)	Créditos Aprobados

#### Sección IV. Destrezas y Licencias que Posee

Utilice la siguiente escala para identificar su nivel de dominio del idioma: **1**-Poco o Ninguno, **2**-Regular, **3**-Dominio Completo

Dominio del idioma español: 1  2  3  Entiende 1  2  3  Lee 1  2  3  Escribe 1  2  3  Habla

“Dominio del idioma inglés: 1  2  3  Entiende 1  2  3  Lee 1  2  3  Escribe 1  2  3  Habla

Otros: \_\_\_\_\_

Habilidad y destrezas que posee incluyendo máquinas o equipo especializado que puede utilizar (tipo, modelo, lenguaje de computadora y programas de aplicación)

--

#### Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio, incluyendo vehículos de motor cuando sea requisito del puesto

Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento

#### Colegiación

Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento

#### Registro de Profesionales de la Salud

Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento

#### Sección V. Mejoramiento Profesional

Organizaciones profesionales a las que pertenece:

--

#### Sección VI. Persona Protegida por Legislación Especial

Preferencia de Veterano  Sí  No  Veterano con Impedimento

Persona con Impedimento  Sí  No Incluya evidencia acreditable de la condición en ambos casos

## Sección VII. Experiencia de Empleo

Comience con la experiencia más reciente.

Fecha (día/mes/año): Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Título del puesto: \_\_\_\_\_

Jornada diaria:  Jornada completa  Jornada parcial Horas semanales: \_\_\_\_\_

Dirección del patrono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor y título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Tareas:

Fecha (día/mes/año): Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Título del puesto: \_\_\_\_\_

Jornada diaria:  Jornada completa  Jornada parcial Horas semanales: \_\_\_\_\_

Dirección del patrono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor y título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Tareas:

Fecha (día/mes/año): Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Título del puesto: \_\_\_\_\_

Jornada diaria:  Jornada completa  Jornada parcial Horas semanales: \_\_\_\_\_

Dirección del patrono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor y título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Extensión: \_\_\_\_\_

Tareas:

## Sección VIII. Otros Datos

Conteste las siguientes preguntas marcando el encasillado correspondiente. La convicción no necesariamente descalifica a un candidato para empleo.

1. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas?  Sí  No
2. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de bebidas alcohólicas?  Sí  No
3. ¿Ha sido convicto por delito grave?  Sí  No
4. ¿Ha sido indultado o su sentencia conmutada?  
En caso afirmativo, incluya documentación al efecto.  Sí  No
5. ¿Ha sido destituido de algún puesto público en alguna de las agencias, corporaciones públicas o instrumentalidades, gubernamentales, municipio o programa del Gobierno de Puerto Rico?  Sí  No
  - En caso afirmativo, ¿Ha sido habilitado por la Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos (OATRH)? En caso afirmativo, deberá someter carta de habilitación de la OATRH.  Sí  No
6. ¿Ha participado o participa de algún programa de retiro o renuncia incentivada de cualquier municipio, agencia, corporación o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico, tales como:  Sí  No
  - Ley Núm. 70-2010, conocida como Ley de Programa de Incentivos, Retiro y Readiestramiento  Sí  No
  - Ley Núm. 211-2015, conocida como Ley de Programa de Preretiro Voluntario  Sí  No
  - Ley Núm. 80-2020, conocida como Ley de Programa de Retiro Incentivado y de Justicia para Nuestros Servidores Públicos  Sí  No
  - Programa de Transición Voluntaria o cualquier otro programa de Retiro Incentivado o Renuncia Incentivada  Sí  No

En caso afirmativo indique:

Programa:

Agencia:

Fecha de cuando comenzó a participar en el Programa (día/mes/año):

**Antes de firmar esta Solicitud, verifique que ha completado todos los encasillados correctamente.**

### Certificación y Firma

Por la presente CERTIFICO que la información contenida en esta Solicitud es verídica, completa y que incluí la misma sin intención de desvirtuar hechos o cometer fraude. Entiendo que la información que provea puede ser corroborada. Reconozco que cualquier falsedad o fraude en la información provista podrá contribuir a que mi solicitud sea denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de ser nombrado, se me podrá separar legalmente del puesto que ocupe.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha