



Universidad de  
Puerto Rico

Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
Oficina de Recursos Humanos

## SOLICITUD DE EMPLEO



SECCIÓN	<b>1</b>	<b>DATOS PERSONALES</b>		
1. APELLIDOS	NOMBRE	INICIAL	2. NÚM. SEGURO SOCIAL	5. TELÉFONO RESIDENCIAL
3. DIRECCIÓN RESIDENCIAL			ZONA POSTAL	6. TELÉFONO TRABAJO
4. DIRECCIÓN POSTAL			ZONA POSTAL	

SECCIÓN	<b>2</b>	<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>			
7. TÍTULO DEL PUESTO QUE SOLICITA		<input type="checkbox"/> DOCENTE	<input type="checkbox"/> NO DOCENTE	8. NÚMERO DE CONVOCATORIA	
9. TIPO DE COMPETENCIA		<input type="checkbox"/> INGRESO	<input type="checkbox"/> REINGRESO	<input type="checkbox"/> ASCENSO	<input type="checkbox"/> DESCENSO
		<input type="checkbox"/> TRASLADO			
10. TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTA		<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> TEMPORERO	<input type="checkbox"/> SUSTITUTO	<input type="checkbox"/> ESPECIAL
		<input type="checkbox"/> JORNAL	<input type="checkbox"/> CONTRATO DE SERVICIO		
11. TIPO DE TAREA		<input type="checkbox"/> COMPLETA	<input type="checkbox"/> PARCIAL		
12. HORARIO DE TRABAJO QUE ACEPTA		<input type="checkbox"/> DIURNO	<input type="checkbox"/> NOCTURNO	<input type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> ROTATIVO
13. PARA PERSONAL DOCENTE SOLAMENTE		<input type="checkbox"/> DIURNO	<input type="checkbox"/> NOCTURNO	<input type="checkbox"/> SABATINO	
14. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	UNIDAD _____	

SECCIÓN	<b>3</b>	<b>PREPARACIÓN ACADÉMICA</b>										
¿SE GRADUÓ DE ESCUELA SUPERIOR O SU EQUIVALENTE?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	FECHA								
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		<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> COMERCIAL	<input type="checkbox"/> VOCACIONAL								
		<input type="checkbox"/> EQUIVALENCIA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE PUERTO RICO										
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA:												
SI REALIZÓ ESTUDIOS UNIVERSITARIOS, TÉCNICOS O COMERCIALES, INDIQUE ESTUDIOS MÁS RECIENTES PRIMERO												
INSTITUCIÓN	PAÍS	GRADO OBTENIDO	AÑO DE GRADUACIÓN	1RA ESPECIALIDAD	2DA ESPECIALIDAD	CRÉDITOS APROBADOS						
INDIQUE OTROS CURSOS O ADIESTRAMIENTOS APROBADOS												
INSTITUCIÓN			TÍTULO DEL CURSO				DURACIÓN					

SECCIÓN

4

**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	<input type="checkbox"/> ENTIENDE	<input type="checkbox"/> LEE	<input type="checkbox"/> ESCRIBE	<input type="checkbox"/> HABLA
DOMINIO DEL IDIOMA INGLÉS	<input type="checkbox"/> ENTIENDE	<input type="checkbox"/> LEE	<input type="checkbox"/> ESCRIBE	<input type="checkbox"/> HABLA
OTROS: _____	<input type="checkbox"/> ENTIENDE	<input type="checkbox"/> LEE	<input type="checkbox"/> ESCRIBE	<input type="checkbox"/> HABLA
_____	<input type="checkbox"/> ENTIENDE	<input type="checkbox"/> LEE	<input type="checkbox"/> ESCRIBE	<input type="checkbox"/> HABLA

HABILIDADES Y DESTREZAS QUE POSEE INCLUYENDO MÁQUINAS O EQUIPO ESPECIALIZADO QUE PUEDE UTILIZAR (TIPO, MODELO, LENGUAJE DE COMPUTADORA Y PROGRAMAS DE APLICACIÓN)

LICENCIAS QUE POSEE PAA 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

5

**MEJORAMIENTO PROFESIONAL PARA EL PERSONAL DOCENTE EN EL ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN REALIZADOS:

PUBLICACIONES (PROVEA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA):

ORGANIZACIONES PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE:

SECCIÓN

6

**PERSONA PROTEGIDA POR LEGISLACIÓN ESPECIAL**PREFERENCIA DE VETERANO  SÍ  NO  VETERANO CON IMPEDIMENTOPERSONA CON IMPEDIMENTO  SÍ  NO INCLUYA EVIDENCIA ACREDITABLE DE LA CONDICIÓN EN AMBOS CASOS

SECCIÓN

7

**EXPERIENCIAS DE TRABAJOS**

FECHA: (DÍA/MES/AÑO)		COMENZAR CON LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE		
DESDE:	HASTA:	TÍTULO DEL PUESTO	SUELDO ACTUAL	JORNADA DIARIA
				JORNADA COMPLETA
				JORNADA PARCIAL
				HORAS SEMANALES
		NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO DEL PATRONO	NOMBRE Y TÍTULO DEL SUPERVISOR	

TAREAS


FECHA: (DÍA/MES/AÑO)		COMENZAR CON LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE		
DESDE:	HASTA:	TÍTULO DEL PUESTO	SUELDO MÁS ALTO ALCANZADO	JORNADA DIARIA
				JORNADA COMPLETA
				JORNADA PARCIAL
				HORAS SEMANALES
		NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO DEL PATRONO	NOMBRE Y TÍTULO DEL SUPERVISOR	

TAREAS


FECHA: (DÍA/MES/AÑO)		COMENZAR CON LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE		
DESDE:	HASTA:	TÍTULO DEL PUESTO	SUELDO MÁS ALTO ALCANZADO	JORNADA DIARIA
				JORNADA COMPLETA
				JORNADA PARCIAL
				HORAS SEMANALES
		NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO DEL PATRONO	NOMBRE Y TÍTULO DEL SUPERVISOR	

TAREAS


FECHA: (DÍA/MES/AÑO)					
DESDE:	HASTA:	TÍTULO DEL PUESTO	SUELDO MÁS ALTO ALCANZADO	JORNADA DIARIA	
				JORNADA COMPLETA	
				JORNADA PARCIAL	
				HORAS SEMANALES	
NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO DEL PATRONO			NOMBRE Y TÍTULO DEL SUPERVISOR		
TAREAS					

SECCIÓN	8	<b>OTROS DATOS</b>
---------	---	--------------------

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X EN EL ENCASILLADO CORRESPONDIENTE. LA CONVICCIÓN NO NECESARIAMENTE DESCALIFICA A UN CANDIDATO PARA EMPLEO.

	SÍ	NO
1. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido convicto de algún delito grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido usted indultado o su sentencia conmutada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido destituido de algún puesto público en alguna de las agencias, corporación pública o instrumentalidad gubernamental, municipio o programa del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido usted habilitado por el Director de la Oficina Central de Asesoramiento Laboral y Recursos Humanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contesta en afirmativa a las preguntas números 4, 6, o ambas, incluya documentación al respecto.

**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.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante (firme en tinta)