



Nota Final: _____
Desempate: _____
Denegado: _____
Devuelto: _____

SOLICITUD DE EXAMEN SIN COMPARECENCIA

INSTRUCCIONES

1. Complete y firme la solicitud en todas sus partes. 2. Incluya Certificación de ASUME. 3. Incluya Certificación de Radicación de Planillas de Contribución Sobre Ingresos. 4. Para considerar su experiencia previa, deberá incluir una certificación oficial que incluya: a) Título oficial del puesto ocupado b) Sueldo c) Fecha exacta en que adquirió la experiencia (día-mes-año) d) Descripción de deberes. 5. Preferencia de veterano, (**Forma 214**). 6. Preferencia de persona con impedimento, incluya evidencia médica (con vigencia de 1 año o menos). 7. Para reclamar beneficios de asistencia económica, (**Programa TANF**) incluya evidencia. 8. Los estudios en el extranjero serán acreditados sólo si incluye convalidación de los mismos. 9. Incluya transcripción de créditos original.

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO

Título de Examen que Solicita:

INFORMACION GENERAL

1. Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal

Seguro Social

Fecha de Nacimiento (d/m/a)

Teléfono

Teléfono Alterno

2. Pueblos donde aceptaría empleo en orden de preferencia:

a) _____ b) _____ c) _____

3. Licencia de Conducir: Si No Categoría Núm. Licencia Fecha de expiración (d/m/a)

4. Preferencia de Veterano: Si No 5. Preferencia de Impedido: Si No Tipo de Impedimento _____
 No Vidente Usa de Silla de Ruedas Sordo Otro _____

6. Marque el encasillado correspondiente:

Ha sido convicto por delito grave (Felonía) Si No * Ha sido habilitado por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
Ha sido indultado Si No (DTRH)
Ha sido su sentencia conmutada Si No Si No
Ha sido destituido de algún puesto público Si No * EN CASO AFIRMATIVO ACOMPAÑE DOCUMENTACION

7. Solo para fines estadísticos: Mayor de 30 años Menor de 30 años

8. PREPARACION ACADEMICA

Nivel Educativo	Nombre y Dirección de la Institución	Fecha		¿Se graduó?		Curso de estudio / Concentración	Créditos	Grado Obtenido
		Desde (mes y año)	Hasta (mes y año)	Si	No			
Superior				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Universidad				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estudios Postgraduados				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

9. Cursos o adiestramiento relacionados con el examen que solicita (Favor Incluir Evidencia)

INSTITUCION	TITULO DE CURSO	DURACION DEL CURSO

