



Gobierno de Puerto Rico
Departamento de la Familia
ADMINISTRACIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES

Oficina de Recursos Humanos
P.O. Box 70376, San Juan, PR 00936 - 8376
Página electrónica: www.asume.pr.gov tel. (787) 767-1500 ext. 2601

PARA USO DE ASUME
Nota Examen : _____
Preferencia otorgada : _____
Nota Final: _____
Desempeño: _____

SOLICITUD DE EXAMEN

1. <u>Título del Examen que solicita según se anuncia en la Convocatoria</u>		13. Seguro Social		14. ¿Ha radicado o tomado este examen anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____ <input type="checkbox"/> No	
2. Nombre y Apellidos Paterno, Materno		15. LUGAR DONDE ACEPTARIA EMPLEO Alternativas: Nivel Central, Regiones: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Humacao, Guayama, Mayagüez, Ponce, San Juan o indicar Oficinas Locales. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____			
3. Dirección Postal					
4. Correo electrónico (e-mail)					
Información demográfica requerida exclusivamente para propósito de estadísticas: 5. Fecha de nacimiento _____ 6. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		16. Tiene preferencia establecida de: Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Veterano incapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar Preferencia de Veterano o de Veterano Incapacitado debe someter certificación de licenciamiento u otros documentos acreditativos. Ejemplo: Forma 214 Beneficiario de los Programas de Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar la misma debe someter una certificación del Programa al cual pertenece con no más de treinta (30) días de expedida. Impedido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Para reclamar la misma debe someter un certificado médico original con no más de 12 meses de expedición o cualquier otra evidencia que acredite su condición. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras circunstancias. INDIQUE SI TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES: <input type="checkbox"/> No Vidente <input type="checkbox"/> Uso de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Otra:			
7. Ciudadanía <input type="checkbox"/> Americana <input type="checkbox"/> Otra:	8. Visas de Residencia y Trabajo (sólo para ciudadanos extranjeros) Número _____ Tipo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> TN Fecha de Expiración _____ Número _____ Fecha de Expiración _____		9. Teléfono Residencial		11. Teléfono del Trabajo
12. A Tipo de Nombramiento que aceptaría <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Jornada Irregular		12. B Tipo de Horario que aceptaría <input type="checkbox"/> Horario Regular <input type="checkbox"/> Horario Extendido		21. Créditos aprobados relacionados con la clase	
PREPARACION ACADEMICA	GRADO	ESPECIALIDAD	CREDITOS APROBADOS	PROMEDIO	INSTITUCION Y DIRECCION
17. Nivel Escolar					
18. Nivel Subgraduado					
19. Nivel Graduado					
20. Nivel de Postgrado					
23. Cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita			22. Nota de reválida		
INSTITUCIÓN		TÍTULO DEL CURSO		DURACIÓN DEL CURSO	
24. Licencias que posee para ejercer la profesión u oficio, relacionada con el examen que solicita					
PROFESION U OFICIO	PROVISIONAL O PERMANENTE	NÚMERO	ENTIDAD ACREDITADORA	FECHA DE EXPEDICION	FECHA DE VENCIMIENTO
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO					
Acción Tomada: <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Devuelta <input type="checkbox"/> Denegada			Por: _____ Fecha: _____		

RECHER	LLENE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA EN ESTE VOLANTE.	
	NO LO DESPRENDA HASTA QUE LA PERSONA QUE LA REVISE LO AUTORICE.	
	Nombre y Apellidos Paterno, Materno: _____	
	Documentos entregados: <input type="checkbox"/> Visa de Residencia <input type="checkbox"/> Visa de Trabajo <input type="checkbox"/> Certificado de colegiación <input type="checkbox"/> Preparación académica <input type="checkbox"/> Convalidación de estudios <input type="checkbox"/> Modelo 6088 Radicación de Planillas <input type="checkbox"/> Licencia profesional <input type="checkbox"/> Experiencia de empleo <input type="checkbox"/> Evidencia de preferencia <input type="checkbox"/> Modelo 2781 No Obligación de Radicar Planillas <input type="checkbox"/> Certificación de ASUME	
	Título del examen solicitado: _____	FIRMA DEL SOLICITANTE: _____
	<input type="checkbox"/> Completó los documentos requeridos	<input type="checkbox"/> No completó los documentos requeridos
Esta solicitud fue recibida por: _____	Fecha: _____	

EXPERIENCIA								
25. INCLUYA UNA RELACIÓN DE SU EXPERIENCIA COMENZANDO CON SU ÚLTIMO EMPLEO. DE SER NECESARIO UTILICE UNA HOJA ADICIONAL SIGUIENDO EL MISMO PATRÓN. SEA ESPECÍFICO INDICANDO PUESTOS, FECHAS Y SALARIOS. PARA SER CONSIDERADA LA EXPERIENCIA PARA PUNTUACIÓN ADICIONAL, DEBERÁ SOMETER CERTIFICACIÓN OFICIAL DE LOS EMPLEOS RELACIONADOS AL EXAMEN QUE SOLICITA.								
A- Título Oficial del Puesto			DESDE		HASTA			
Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.			Empleado/a del Gobierno, indique: Servicio de Carrera					
			<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Probatorio		<input type="checkbox"/> Servicio de Confianza	
			<input type="checkbox"/> Transitorio		<input type="checkbox"/> Contrato		<input type="checkbox"/> Otro	
			Trabajo Jornada Parcial:					
Salario:			Mes: _____ Semanal: _____ Hora: _____					
B- Título Oficial del Puesto			DESDE		HASTA			
Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.			Empleado/a del Gobierno, indique: Servicio de Carrera					
			<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Probatorio		<input type="checkbox"/> Servicio de Confianza	
			<input type="checkbox"/> Transitorio		<input type="checkbox"/> Contrato		<input type="checkbox"/> Otro	
			Trabajo Jornada Parcial:					
Salario:			Mes: _____ Semanal: _____ Hora: _____					
C- Título Oficial del Puesto			DESDE		HASTA			
Nombre y Dirección del Supervisor Inmediato			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.			Empleado/a del Gobierno, indique: Servicio de Carrera					
			<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Probatorio		<input type="checkbox"/> Servicio de Confianza	
			<input type="checkbox"/> Transitorio		<input type="checkbox"/> Contrato		<input type="checkbox"/> Otro	
			Trabajo Jornada Parcial:					
Salario:			Mes: _____ Semanal: _____ Hora: _____					
26. Conteste SI o NO								
¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?			Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido convicto por delito grave? (Felony)			Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido destituido de algún puesto público?			Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido habilitado por el Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos?			Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
*En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.			N/A <input type="checkbox"/>					
¿Ha radicado planilla de contribución sobre ingreso durante los cinco años previos a esta solicitud?			Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
* En caso afirmativo, acompañe evidencia (Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos, Modelo 6088 del Departamento de Hacienda).								
* En caso negativo, someta Declaración Jurada, Modelo 2781 del Departamento de Hacienda.								
27. 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 por mí en este formulario es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que de descubrirse falsedad o fraude por lo afirmado, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe.								
Fecha			Firma					

INSTRUCCIONES

- ★ Indique claramente el título del examen que solicita y complete una solicitud de examen e incluya los documentos requeridos por cada examen que interese tomar.
- ★ De acuerdo a lo estipulado en la Ley 8-2017, según enmendada, y en la Ley Núm. 254 de 30 de agosto de 2000, según enmendada, tiene que someter evidencia de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos (Modelo SC 6088) de los últimos cinco (5) años previos a la radicación de solicitud de examen. De no estar obligado a rendir planillas en uno o más de los años requeridos deberá presentar Declaración Jurada del Departamento de Hacienda (Modelo 2781). Puede conseguir los documentos en los Centros de Servicios al Cliente, en las Oficinas Regionales: Ponce, Mayagüez, Caguas, Bayamón y en la Oficina Central, del Departamento de Hacienda, en el Viejo San Juan.
- ★ Los candidatos que indiquen poseer experiencia en el Sistema Público o Empresas Privadas o agencias excluidas de las disposiciones de la Ley 8-2017, según enmendada, deberán acompañar con su solicitud de examen una certificación de la agencia o empresa donde preste o haya prestado servicios que incluya lo siguiente:
 1. Posición ocupada por el solicitante.
 2. Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo o jornada parcial.
 3. Fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleado/a a jornada parcial.
 4. Descripción de los deberes y naturaleza del trabajo.
- ★ Los candidatos deben someter evidencia de su Preparación Académica, en original.
- ★ En la evaluación de su solicitud se tomará en consideración los requisitos de la clase, la experiencia laboral, la preparación académica y los cursos o adiestramientos que ha tomado y que estén relacionados con el puesto para el cual solicita examen, siempre y cuando se haya sometido evidencia en original.
- ★ Los candidatos que radiquen una solicitud de examen para una clase colegiada, deberán presentar, según aplique; evidencia de la nota de la revólida, certificación de admisión al ejercicio de la profesión u oficio y de la colegiación.

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO Y ACCION AFIRMATIVA (M/F/H/V) Esta agencia no discrimina por condición de raza, color, religión, afiliación política, sexo, orientación sexual, origen nacional o económico, edad, estado civil, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, condición de veterano, impedimento físico o mental u otra condición protegida por ley.