

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE EMPLEO



Misión de la Universidad de Puerto Rico

Como institución pública de educación superior, tiene la encomienda por ley de servir al pueblo de Puerto Rico, cónsono con los ideales de una sociedad democrata como la nuestra.

Su misión principal es alcanzar los siguientes objetivos:

- Transmitir y estimular el saber por medio de las ciencias y las artes, poniendo este conocimiento al servicio de la comunidad a través de la acción de sus profesores, investigadores, otro personal universitario, estudiantes y egresados.
- Contribuir al desarrollo, cultivo y disfrute de los valores éticos de la cultura.

Cómo Solicitar

1. Complete esta solicitud en todas sus partes, con tinta azul y en letra de molde.
2. Incluya evidencia de preparación académica (copia de diploma, certificación de grado y transcripción de créditos), seminarios o adiestramientos a los cuales ha asistido.
3. Deberá incluir una certificación de la unidad institucional (UPR), agencia o empresa donde haya obtenido la experiencia indicada en su Solicitud de Empleo que incluya:
 - Título de puestos ocupados.
 - Fechas exactas (inicio y terminación) en que los ocupó.
 - Descripción detallada de los deberes realizados en cada puesto o copia de Cuestionario de Clasificación oficial.
 - Tipo de jornada (completa o parcial) si es parcial número de horas semanales o mensuales.
4. Si va a reclamar Preferencia de Veterano o beneficios de igualdad de oportunidades de empleo para personas con impedimentos, según lo establecen las correspondientes Leyes, deberán solicitarlo y someter la Forma DD-214 o evidencia correspondiente. El solicitante no está obligado a informar que es veterano o persona con impedimento, dado que es de carácter confidencial, pero tienen derecho a hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios de legislación aplicable.
5. Pueden emplearse solamente los ciudadanos de los Estados Unidos de América y los extranjeros legalmente autorizados a trabajar.
6. La fecha oficial de recibo de la Solicitud de Empleo y demás documentos será la fecha en que se recibe en la Oficina de Recursos Humanos del Recinto y/o Unidad o la fecha del matasellos de correos.
7. Sólo se aceptarán solicitudes de empleo en el formulario oficial de la Universidad de Puerto Rico.
8. Si necesita más espacio para dar información utilice, una hoja adicional siguiendo el mismo formato (orden).
9. Una vez completada la Solicitud adjunta, puede desprender esta hoja.

La Universidad de Puerto Rico no discrimina por razón de edad, raza, color, religión, sexo, origen nacional, condición social, creencias políticas, impedimento físico o mental, estado civil, status de veterano, preferencia sexual, orientación sexual o identidad de género o por otra condición legalmente protegida.

SOLICITUD DE EMPLEO
Sección 1
Datos Personales

1. Apellidos Nombre Inicial 2. Núm. Seguro Social
XXX-XX-

3. Dirección Residencial 4. Dirección Postal

5. Tel. Residencial 6. Tel. Trabajo ext. 7. Correo Electrónico

Sección 2
Información General

8. Título del Puesto que Solicita Docente No Docente 9. Núm. Convocatoria u Oferta de Empleo

10. Tipo de Competencia Ingreso Reintegro Ascenso Descenso Traslado

11. Tipo de Nombramiento que acepta Regular Temporero Sustituto Especial Jornal
Contrato de Servicio Otro:

12. Tipo de Tarea Completa Parcial

13. Horario de trabajo que acepta Diurno Nocturno Vespertino Rotativo

14. Para personal docente solamente Diurno Nocturno Sabatino

15. ¿Ha trabajado anteriormente en la Universidad de Puerto Rico? Si No Unidad:

Sección 3
Preparación Académica

Se graduó de Escuela Superior o su equivalente Si 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 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	1ra. Especialidad	2da Especialidad	Créditos Aprobados
-------------	------	----------------	-------------------	-------------------	------------------	--------------------

Indique otros cursos o adiestramientos aprobados

Institución	País	Título del Curso	Duración	Fecha	Créditos Aprobados
-------------	------	------------------	----------	-------	--------------------

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: 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: _____ ① ② ③ Entiende ① ② ③ Lee ① ② ③ Escribe ① ② ③ Habla

Otros: _____ ① ② ③ Entiende ① ② ③ Lee ① ② ③ Escribe ① ② ③ Habla

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 5 Mejoramiento Profesional para el Personal Docente en el Área de Investigación

Publicaciones (Provea información bibliográfica)

Organizaciones profesionales a las que pertenece

Sección 6 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 7**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:

Nombre del patrono:

Dirección del patrono: Teléfono:

Nombre del supervisor, y título: Ext.:

Tareas:

Fecha:(día/mes/año): Desde: Hasta:

Título del puesto:

Jornada diaria: Jornada completa Jornada parcial Horas semanales:

Nombre del patrono:

Dirección del patrono: Teléfono:

Nombre del supervisor y título: Ext.:

Tareas:

Fecha:(día/mes/año): Desde: Hasta:

Título del puesto:

Jornada diaria: Jornada completa Jornada parcial Horas semanales:

Nombre del patrono:

Dirección del patrono: Teléfono:

Nombre del supervisor y título: Ext.:

Tareas:

Fecha:(día/mes/año): Desde: Hasta:

Título del puesto:

Jornada diaria: Jornada completa Jornada parcial Horas semanales:

Nombre del patrono:

Dirección del patrono: Teléfono:

Nombre del supervisor y título: Ext.:

Tareas:

Sección 8**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 de algún delito grave? | Sí | No |
| 4. | ¿Ha sido usted indultado o su sentencia conmutada? | 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 |
| 6. | ¿Ha sido usted habilitado por la Autoridad Nominadora designada por Ley para esos efectos? | Sí | No |

Si contesta en afirmativa a las preguntas número 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.

 Firma del Solicitante

 Fecha

***Dirección del
Recinto o Unidad:***

***Teléfono del
Recinto o Unidad:***

Extensiones: