

MUNICIPIO DE GUAYNABO

GPO BOX 7885
GUAYNABO, Puerto Rico 00970-7885

Solicitud de Empleo

SOMOS UN PATRÓN CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Seguro Social	
Dirección Residencial (Núm., Calle, Urbanización y Pueblo)						Teléfono	
Dirección Postal						Zip Code	
Fecha de Nacimiento:			¿Posee alguna limitación ocupacional?			Si	No
Lugar de Nacimiento:							
Ciudadanía:			Debido a su limitación, ¿necesita ayuda especial para tomar examen? Especifique:			Si	No
<input type="checkbox"/> Americana							
Otro Especifique:							
¿Ha solicitado empleo o trabajo en esta Agencia anteriormente?		Solicitado	Trabajado	Si afirmativo Fecha aproximada		División	
		Si No	Si No				
¿Tiene familiares trabajando en el Municipio?							
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre y Parentesco							

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre Escuela	Localidad	Fecha		Grado Obtenido	Primera Concentración	Segunda Concentración	Otros
		Desde	Hasta				
ELEMENTAL		Años Estudiados					
SUPERIOR							
COLEGIO O UNIVERSIDAD							
ESCUELA POST GRADUADO							
OTROS							

Licencias Profesionales	Número	Licencia de Conducir <input type="checkbox"/>		Chofer <input type="checkbox"/>		Número	
		Licencia Vehículo Pesado <input type="checkbox"/>				Fecha Exp.	

INFORME SERVICIO MILITAR

¿Ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de E.U.? No incluya entrenamiento, Reserva y Guardia Nacional						Si	No
¿Fue licenciado bajo condiciones honorables?							
¿Reclama usted al beneficio de puntos de veterano? Si afirmativo, deberá presentar evidencia original.							

Tipo de preferencia		Veterano		Huérfano menor		Huérfano menor	
para Veterano:		<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> de 21 años	<input type="checkbox"/> de 21 años Incapacitado	

Indique rama a la que perteneció, número de serie del servicio activo y fecha de servicio.							
Rama de Servicio:		Número		Desde		Hasta	
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO							

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
Dirección:					
Teléfono Residencial:			Teléfono Trabajo:		
Parentesco					

PARA USO OFICIAL - VERIFICACION VETERANO

Sometió Documentos		Si	No
La preferencia ha sido verificada bajo la prueba de licenciamiento honorable y otra documentación requerida.			
<input type="checkbox"/> 5 pts.	<input type="checkbox"/> 10 pts. Incapacitados	<input type="checkbox"/> 10 pts. otro	
Iniciales y sello		Comentario	

Nombre y dirección de la Agencia o Compañía	Desde		Hasta		Describa sus responsabilidades	Sueldo al comenzar	Sueldo al terminar empleo	Motivo de terminación de trabajo	Nombre de su jefe
	Mes	Año	Mes	Año					

Nombre y dirección de la Agencia o Compañía	Desde		Hasta		Describa sus responsabilidades	Sueldo al comenzar	Sueldo al terminar empleo	Motivo de terminación de trabajo	Nombre de su jefe
	Mes	Año	Mes	Año					

Nombre y dirección de la Agencia o Compañía	Desde		Hasta		Describa sus responsabilidades	Sueldo al comenzar	Sueldo al terminar empleo	Motivo de terminación de trabajo	Nombre de su jefe
	Mes	Año	Mes	Año					

Nombre y dirección de la Agencia o Compañía	Desde		Hasta		Describa sus responsabilidades	Sueldo al comenzar	Sueldo al terminar empleo	Motivo de terminación de trabajo	Nombre de su jefe
	Mes	Año	Mes	Año					

AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACION RELACIONADA CON SOLICITUD DE EMPLEO

Por la presente autorizo al representante designado del Municipio de GUAYNABO, quien es portador de esta autorización o copia de ésta, dentro del término de un año a partir de la fecha de hoy a obtener cualquier información concerniente a mi expediente en dicha Empresa. Esta autorización se expide con el pleno conocimiento y entendimiento de que esta información es para uso oficial del Municipio de GUAYNABO. Les libero como custodios de mi expediente incluyendo a sus oficiales, empleados o personal relacionado, individual o colectivamente, por los daños de cualquier índole que puedan ocurrir a mi persona, familiares y/o asociados por razón del cumplimiento de esta autorización para facilitar información o cualquier intento de ustedes para cumplir con ésta. De surgir cualquier duda en cuanto a la validez de esta orden pueden comunicarse conmigo.

Fecha	Firma del Solicitante
Firma del Padre o Encargado (Si menor de 18 años)	Nombre del Padre o Encargado en Letra de Molde