



Solicitud de empleo

La Corporación de Puerto Rico para la Difusión Pública es un patrono que ofrece igual oportunidad de empleo para todos y no discrimina por razón de edad, raza, color, sexo, nacionalidad, género, discapacidad, estado civil, condición social, ideas políticas o religiosas u orientación sexual o identidad de género o cualquier otro estatus protegido por ley, de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Agradecemos complete la solicitud en todas sus partes y utilice letra de molde y tinta azul o negra. De tener alguna dificultad para completar la solicitud siéntase en la libertad de solicitar ayuda.

Nombre:				Teléfonos:		
				Celular: (___) _____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Casa: (___) _____		
Dirección Postal:				Oficina: (___) _____		
¿A través de que medios se entero de la Convocatoria?						
Emisoras Radio o TV/ Canal 6 ____ Prensa ____ Internet ____ Universidad ____						
Agencias de Gobierno ____ Redes Sociales ____ Otro, especifique _____						
PUESTO QUE SOLICITA:						

PREPARACION ACADÉMICA

Institución Educativa	Nombre de la institución	Dirección de la institución	Fechas	Créditos Aprobados	Concentración	Grado Obtenido
Elemental / Intermedia						
Superior o Equivalente						

Colegio/ Universidad						
Escuela Graduada						
Otros						

INFORME SERVICIO MILITAR

La Ley Núm. 203 del 14 de diciembre de 2007, conocida como “Carta de Derechos del Veterano del Siglo XXI”, otorga el beneficio de 10 puntos o 10% de la puntuación total del examen, adicionales a la nota de pase obtenida por un veterano(a) en cualquier examen. Dicha ley define veterano(a) como toda persona que haya servido honorablemente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América, entiéndase el Ejército, Marina de Guerra, Fuerza Aérea, Cuerpo de infantería de Marina y la Guardia Costanera de los Estados Unidos, así como en el Cuerpo de Oficiales de Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y en sus entidades sucesoras en derecho y que tenga la condición de veterano, según las leyes federales vigentes. Incluirá además personas cuyo servicio en los cuerpos de reserva de las Fuerzas Armadas o la Guardia Nacional cumpla con los requisitos dispuestos por dichas leyes.

¿Reclama Usted el beneficio de puntos de veterano? Si_____ No_____

Si es afirmativo presentar evidencia en original. El beneficio de puntos a veteranos se aplicará después de aprobado el examen. Si no aprueba el examen no tiene derecho a puntos.

PENSIÓN ALIMENTARIA

¿Esta obligado a satisfacer pensión alimentaria? Si_____ No_____

¿Esta al día en el pago de la pensión alimentaria o ejecuta y satisface un plan de pago? Si_____ No_____

Si es afirmativo acompañe evidencia.

IGUALDAD DE EMPLEO PARA PERSONAS CON IMPEDIMIENTOS

La Ley Núm. 81 de 27 de julio de 1996 otorga el beneficio de 5 puntos o 5% de la puntuación total del examen, adicionales a la nota de pase obtenida por una persona con impedimento cualificada en cualquier examen. Dicha ley aplica a personas cuyo impedimento físico, mental o sensorial afecta sustancialmente una o más de las actividades principales de su vida. Este beneficio no aplicará a personas con impedimentos que cualifiquen para la preferencia de veteranos.

Aún cuando no esta obligado a informar que es una persona con impedimentos, deberá hacerlo para poder ser considerado para los beneficios de esta ley. De solicitar el mismo, deberá someter un certificado médico con 12 meses o menos de expedición o cualquier otra evidencia medica que acredite su condición.

Una persona con impedimento cualificada se define como una persona con impedimento que, con o sin acomodo razonable, puede desempeñar las funciones esenciales del puesto que ocupa o solicita. Este beneficio se otorgara una vez haya aprobado el examen.

¿Solicita el beneficio? Si _____ No _____

Enumera solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el puesto que solicita

Institución	Cursos o adiestramientos	Duración del curso

Indique otros tipos de conocimientos, habilidades y destrezas que posee:	Indique los idiomas que domina:
1) Conocimientos: <hr/>	1)Español: Habla ____ Lee ____ Escribe ____
2) Habilidades: <hr/>	2)Inglés: Habla ____ Lee ____ Escribe ____
3) Destrezas: <hr/>	3)Otro: _____ Habla ____ Lee ____ Escribe ____

Licencias Profesionales, necesarias para ejercer la profesión	Número	Fecha de Expedición	Fecha de Expiración

Experiencias de trabajo

Enumere sus experiencias de trabajo anteriores. Favor comenzar con el empleo actual o más reciente.

Fecha: Ej: 01/01/12 día/mes/año	Nombre de la Compañía	Nombre del Supervisor y Teléfono	Título del Puesto Ocupado
Desde:			
Hasta:			

Describa las funciones y responsabilidades asignadas al puesto:

Fecha: Ej: 01/01/12 día/mes/año	Nombre de la Compañía	Nombre del Supervisor y Teléfono	Título del Puesto Ocupado
Desde:			
Hasta:			

Describa las funciones y responsabilidades asignadas al puesto:

--

Fecha: Ej: 01/01/12 día/mes/año	Nombre de la Compañía	Nombre del Supervisor y Teléfono	Título del Puesto Ocupado
Desde:			
Hasta:			

Describe las funciones y responsabilidades asignadas al puesto:

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN
RELACIONADA CON ESTA SOLICITUD**

ADVERTENCIA:

Entiendo y acepto el derecho que posee esta **Corporación** a **verificar toda información ofrecida en esta solicitud**, ya sea los **empleos anteriores**, la preparación académica y **reputación**. Además, comprendo que la información recopilada se usará **para** tomar decisiones de reclutamiento. También **entiendo que cualquier declaración falsa u omisión de información relevante y pertinente durante el proceso de empleo puede ser causa suficiente para descalificarme** como candidato (a) a empleo o **separarme del puesto** si el mismo **hubiera sido concedido**.

CERTIFICACIÓN:

Certifico de buena fe, que lo declarado es cierto, completo y correcto a mi mejor entender.

FIRMA	FECHA