



GOBIERNO DE PUERTO RICO
JUNTA DE LIBERTAD BAJO PALABRA
APARTADO 192294
SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-2294
Tel. 787-754-8115

USO OFICIAL DE JLBP

Nota Examen: _____
Pref. Veterano: _____
Pref. Impedido: _____
Pref. Asist. Econ: _____
Nota Final: _____
Desempeate: _____
Evaluado por: _____
Fecha: ____/____/____
dd/mm/aaaa

SOLICITUD DE EXAMEN

MISIÓN DE LA JUNTA

La Junta de Libertad Bajo Palabra fue creada bajo la Ley Núm. 118 de 22 de julio de 1974, según enmendada, cuya misión es administrar un sistema de libertad condicional como medio para rehabilitar al confinado que ha cumplido con los requisitos para ser considerado para el disfrute de este privilegio. Asimismo, la Junta analiza y hace recomendaciones al Gobernador sobre peticiones de Clemencias Ejecutivas.

INSTRUCCIONES

1. Complete esta solicitud de examen en letra de molde. Utilice tinta o maquina. Asegúrese de que todos los apartados han sido debidamente completados y que ha firmado la misma.
2. Incluya los siguientes documentos:
 - a. Copia de la transcripción de créditos de cada institución donde ha tomado los cursos y preparación académica que le cualifican para el puesto que solicita.
 - b. Copia del diploma de graduación.
 - c. Para considerar su experiencia en empresas privadas o agencias excluidas de la Ley de Personal de Servicio Publico, deberá incluir una certificación oficial de empleo que indique:
 - Título del puesto
 - Fecha exacta en que adquirió la experiencia (día, mes, año)
 - Cantidad de horas trabajadas (si se trata de un empleo a jornada parcial)
 - Descripción de tareas
 - d. Si va a reclamar preferencia de veterano, deberá someter evidencia que lo identifique como veterano (Forma DD-214).
 - e. Certificado de "Good Standing" expedido por Tribunal Supremo, si aplica.
 - f. Certificación de radicación de planillas de contribución sobre ingresos (Modelo SC6088), correspondiente a los últimos cinco (5) años contributivos previos a la solicitud. De no haber rendido las planillas, deberá someter la "Certificación de razones por las cuales el contribuyente no está obligado por ley a rendir la planilla de contribución sobre ingresos de individuos" (Modelo SC 2781).
 - g. Certificación de cumplimiento o de deuda de ASUME.
 - h. Certificado de antecedentes penales.
 - i. Certificado de nacimiento original.
 - j. Copia de una identificación con retrato y firma, expedida por las autoridades públicas competentes de Puerto Rico y Estados Unidos.
3. Cualquier solicitud incompleta será denegada.

1. TITULO DEL EXAMEN QUE SOLICITA

NUMERO DE CONVOCATORIA

2. APELLIDOS NOMBRE INICIAL

4. DIRECCION POSTAL

ZONA POSTAL

5. DIRECCION RESIDENCIAL

PUEBLO

6. TELEFONOS

Residencia:	Trabajo:	Celular:	Familiar Cercano:
-------------	----------	----------	-------------------

7. Tipo de nombramiento que aceptaría: Regular Transitorio

8. Correo Electrónico: _____

9. Preferencia de Veterano: SI NO

10. LICENCIA DE CONDUCIR

¿Tiene licencia de conducir?		Número de licencia:		Fecha de expiración	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Vehículo Pesado	<input type="checkbox"/> Chofer	

11. IMPEDIMENTOS FISICOS

Algunos(as) candidatos(as) tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar exámenes en igualdad de condiciones con otros(as) candidatos(as). 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"/> Otros _____

12. PREPARACION ACADEMICA

Marque el grado más alto aprobado:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

13. Nombre y Dirección de la Escuela

--

14. Si estudió en Instituciones fuera de P.R., indique la dirección

--

15. Escuelas Comerciales o Vocacionales, Universidades o Estudios Graduados a la que haya asistido:

Institución	Fecha			Créditos Aprobados	Se Graduó		Año	Grado Obtenido	Concentración
	Desde día mes año	Hasta día mes año			Si	No			

16. Indique la puntuación examen de reválida (si aplica) e índice de graduación:

--

(Si está solicitando para la clase de abogado/oficial examinador, favor de incluir evidencia)

Presentar certificado de Good standing del tribunal supremo de P.R. Emitida con no menos de tres meses.

--

Cuantas veces ha tomado el examen de revalida

17. Indique los créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el examen que solicita (si aplica):

Indique idiomas que usted entiende, habla o escribe:

Idiomas	Habla Bien	Habla Regular	Habla Poco	Escribe Bien	Escribe Regular	Escribe Poco	Entiende Bien	Entiende Regular	Entiende Poco
Español									
Inglés									
Otros									

18. Escriba solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita.

INSTITUCION	TITULO DEL CURSO	DURACION DEL CURSO

19. Licencia que posee para ejercer una profesión u oficio:

CLASE	NÚMERO	EXPEDICION			VENCIMIENTO		
		día	mes	año	día	mes	año

20. EXPERIENCIA DE TRABAJO

Indique los empleos que ha tenido comenzando con el más reciente. Incluya empleos temporeros o jornada parcial. De ser necesario, utilice una hoja adicional siguiendo el mismo formato.

Nombre y Dirección del Patrono				Nombre del Supervisor y Teléfono								
Título Oficial del Puesto				Desde:	día	mes	año		Hasta:	día	mes	año
Sueldo Mensual:			Inicial:						Tipo de Nombramiento			
									Regular <input type="checkbox"/>	Transitorio <input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>	

Describa en forma concisa y más exacta posible, las funciones esenciales del puesto. Si supervisa, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

Nombre y Dirección del Patrono				Nombre del Supervisor y Teléfono								
Título Oficial del Puesto				Desde:	día	mes	año		Hasta:	día	mes	año
Sueldo Mensual:			Inicial:						Tipo de Nombramiento			
									Regular <input type="checkbox"/>	Transitorio <input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>	

Describa en forma concisa y más exacta posible, las funciones esenciales del puesto. Si supervisa, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

21. Marque el encasillado correspondiente:

¿Ha tomado este examen anteriormente? En caso afirmativo, indique fecha ___/___/___ dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Hace uso habitual o excesivo de de sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

¿Hace uso habitual o excesivo de bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido convicto(a) por delito grave (<i>Felony</i>) o por cualquier delito que implique depravación moral.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido indultado por algún delito grave?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido su sentencia conmutada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido destituido(a) de algún puesto en el servicio público?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido habilitado(a) por la Oficina de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado (O.A.T.R.H.)? En caso afirmativo, acompañe documentación)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted la responsabilidad de pagar una pensión alimentaria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si contestó en la afirmativa la pregunta anterior, ¿adeuda usted alguna cantidad de dinero por concepto de pensión alimentaria? Incluya certificación de cumplimiento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha incurrido en conducta deshonrosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que no soy miembro de ningún grupo, sociedad u organización que aboque por el derrocamiento del Gobierno de Puerto Rico o de los Estados Unidos por medio de la fuerza o la violencia. Declaro, además, que la información incluida por mí en este formulario es expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude.

Tengo conocimiento que, de descubrirse cualquier falsedad o fraude, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fecha

Firma

Certifico que la información aquí suministrada es correcta y sujeta a verificación, por lo que autorizo a la Junta de Libertad Bajo Palabra a realizar la investigación pertinente y cualquier otra investigación que estime necesaria, incluyendo, pero no limitada a, solicitar y recibir historiales de crédito de agencias de información, pruebas para detectar el uso de sustancias controladas y pruebas psicológicas o cualquier otra que se entienda necesaria. Cualquier declaración falsa, tergiversada u omisión de información relevante y pertinente durante el proceso de empleo, puede ser causa suficiente tanto para descalificarme para el mismo, denegar mi solicitud, mi nombre ser eliminado del registro de elegible, como para separarme de él, si ya el empleo me hubiera sido concedido.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Por: _____

Fecha: _____

día / mes / año

Aceptada

Devuelta

Denegada

Razón:

Fecha

Firma