



**Departamento de Recursos Naturales y Ambientales**

Gobierno de Puerto Rico

PO Box 366147  
San Juan PR 00936  
Tel. (787) 999-2200, Ext. 2384, 2386

**Solicitud de Examen**

1. Título del Examen que Solicita según se anuncia en la convocatoria: \_\_\_\_\_

2. Número de Seguro Social  
   -    -

3. Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

4. Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 PR \_\_\_\_\_

5. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted:  
 Residencial            
 Trabajo

6. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ 7. Sexo  F  M  
 día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Nota: Ofrecer esta información es voluntaria. La misma será utilizada solamente para propósitos estadísticos.

**PREPARACIÓN ACADÉMICA**

12. VETERANO: Sí  No  Veterano incapacitado: Sí  No   
 ¿TIENE PREFERENCIA ESTABLECIDA EN EL DEPARTAMENTO?  
 Sí  No   
 Para reclamar preferencia de Veterano debe llenar el formulario OCALARRH-4A y someter certificación de licenciamiento u otros documentos acreditativos.

8. ¿Ha tomado este examen anteriormente?  
 Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

9. Pueblos donde aceptaría empleo:  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_

10. Tipo de nombramiento que aceptaría:  
 Regular  Transitorio  Jornada Parcial

11. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones. Para superar estas desventajas se les puede ofrecer la prueba bajo otras circunstancias.  
 Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:  
 No vidente  Uso de silla de ruedas  
 Sordo  Otro: \_\_\_\_\_

13. ¿Se graduó de Escuela Superior o su equivalente? Sí  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No

14. Si la contestación a la pregunta anterior es no, indique el grado aprobado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

15. Si se graduó, indique curso aprobado: General  Dactilógrafo  Secretarial  Oficinista  Oficinista de Contabilidad

16. Nombre y Dirección de escuela: \_\_\_\_\_

17. Universidades, Escuelas Comerciales o Vocacionales a las que haya asistido: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN	FECHA		CREDITOS APROBADOS	¿SE GRADUÓ? SÍ NO	AÑO GRADUÓ	GRADO OBTENIDO	ASIGNATURAS PRINCIPAL Y CRÉDITOS
	DESDE	HASTA					

18. Si estudio en Instituciones fuera de P.R., indique la dirección: \_\_\_\_\_

19. Indique los créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el Examen que solicita: \_\_\_\_\_

20. Indique la nota de revalida e índice de graduación: \_\_\_\_\_

21. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita

INSTITUCIÓN	TÍTULO DEL CURSO	DURACIÓN DEL CURSO

22. Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio

CLASE	NÚMERO	FECHA EXPEDIDA	FECHA DE VENCIMIENTO

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO**

ACCIÓN TOMADA:  ACEPTADA  DEVUELTA  DENEGADA POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

