

OFICINA DEL INSPECTOR GENERAL
PO BOX 101733
SAN JUAN, PR 00919-1733

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN
PROGRAMA DE PRÁCTICAS SUPERVISADAS E INTERNADOS

INFORMACIÓN SOBRE LA CONVOCATORIA

Instrucciones:
1. Llénese a máquina o con tinta, en letra de molde.
2. Lea cuidadosamente y asegúrese que todos los apartados han sido debidamente llenados. Si alguno no aplica favor de escribir lo siguiente: N/A.
3. No se aceptarán solicitudes incompletas.

Número de la Convocatoria:

¿Ha solicitado anteriormente participar del Programa de Prácticas Supervisada e Internados en esta Entidad?
No ☐ Sí ☐, en caso de afirmativo, indique la fecha en que solicitó: _____
(Día) (Mes) (Año)

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	Inicial
Núm. de Seguro Social	XXX	XX		Correo Electrónico:	
Número de Celular:				Licencia de Conducir: Sí ☐ NO ☐	Categoría:
Número Alterno:				Número:	Fecha de Expiración:
Dirección Postal: _____ _____ _____ Código Postal				Dirección Física: _____ _____ _____ Código Postal	

PREPARACIÓN ACADÉMICA

¿Es usted estudiante regular activo?: NO ☐ SÍ ☐
Desglose la institución universitaria que asiste o ha que ha asistido:

Institución	Núm. de Estudiante	Créditos Aprobados	GPA	Se graduó Sí o NO	Grado Obtenido	Asignatura Principal / Concentración

¿Ha solicitado graduación?: NO ☐ SÍ ☐, en caso de afirmativo, indique fecha:
¿Continúa siendo estudiante durante el semestre a participar? NO ☐ SÍ ☐ Nivel: ☐Subgraduado ☐Graduado
¿Si se graduó, indique curso aprobado: ☐Justicia Criminal ☐Finanzas ☐Contabilidad ☐Derecho ☐General
¿Estudio en Instituciones fuera de Puerto Rico? NO ☐ SÍ ☐
En caso de afirmativo, indique nombre y dirección de la Institución educativa:
(acompañe certificación de acreditación por las autoridades competentes)

CONVALIDACIÓN

De mediar interés en ser convalidado por crédito universitario, así debe consignarlo y entregar autorización de la Institución de procedencia y pago correspondiente de matrícula. ☐Intereso convalidación ☐No intereso convalidación

Toda solicitud de participación deberá acompañarse de evidencias de preparación académica.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Acción Tomada: ☐ Aceptada ☐ Denegada

Notas:

por: _____ Fecha: _____

Experiencias de Empleo	
Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo (incluyendo oportunidades de internado previos), de ser necesario utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Sea específico indicando puestos y fechas.	
a. Nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo:	Desde: (Día) (Mes) (Año)
Título del puesto ocupado por usted:	Hasta: (Día) (Mes) (Año)
Funciones: (Descripción General)	Razón terminación del empleo
b. Nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo:	Desde: (Día) (Mes) (Año)
Título del puesto ocupado por usted:	Hasta: (Día) (Mes) (Año)
Funciones: (Descripción General)	Razón terminación del empleo
c. Nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo:	Desde: (Día) (Mes) (Año)
Título del puesto ocupado por usted:	Hasta: (Día) (Mes) (Año)
Funciones: (Descripción General)	Razón terminación del empleo
Favor contestar <u>Sí o No</u>:	
1. ¿Actualmente, trabaja o ha trabajado algún familiar o pariente suyo en la OIG? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique nombre y apellidos del familiar:	
2. ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐	
3. ¿Ha sido convicto o acusado de alguna violación a la Ley, exceptuando ofensas menores de tránsito? Si ☐ No ☐	
4. ¿Ha sido destituido de algún puesto en el gobierno o en el servicio público? Si ☐ No ☐	
5. ¿Ha sido habilitado por la Oficina de la Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico (OATRH)? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.	
6. ¿Tiene usted obligación de cumplir con la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como “Ley de Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada”? Si ☐ No ☐ ¿Está cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada? Si ☐ No ☐	
Certifico que la información ofrecida por mí en esta solicitud es cierta, exacta y verídica. Que he expuesto la misma de buena fe, sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude. Afirmo que los documentos anexos a esta solicitud son de carácter oficial y que no han sido alterados, entiéndase, que los mismos pasan a ser propiedad de la Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG). Tengo conocimiento que, de cualquier tergiversación de hechos u omisión de información, hechos en forma deliberada de mi parte, serán causa suficiente para que se me declare inelegible como participante o se me destituya en la OIG.	
Autorizo a la Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG) a realizar cualquier investigación sobre mis referencias personales y mi expediente profesional en cualquiera de las organizaciones (públicas o privadas) para las cuales he trabajado.	
Firma del Participante	Fecha
PARA USO OFICIAL DE LA OIG	
Revisado por: _____	
Firma Representante de Recursos Humanos	Fecha

La Oficina del Inspector General de Puerto Rico (OIG), ofrece la oportunidad de participar del Programa a toda persona cualificada, sin discrimen por razón de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social, por ideas políticas o religiosas, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, por agresión sexual o acecho, por condición de veterano, por impedimento físico o mental, por orientación sexual real o percibida, o por la identidad de género.