



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
 CORPORACION DE EMPRESAS DE ADIESTRAMIENTO Y TRABAJO
 OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE EMPLEO

PUESTO QUE SOLICITA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

INICIAL

DIRECCION RESIDENCIA

DIRECCION POSTAL

TELEFONOS: TRABAJO

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

TIPO DE NOMBRAMIENTO QUE ACEPTARIA

REGULAR

TRANSITORIO

TIEMPO PARCIAL

¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?

SI

NO

¿ES USTED VETERANO?

SI

NO

¿ES USTED MENOR DE 18 AÑOS?

SI

NO

LOS CIUDADANOS NATURALIZADOS DEBEN DEMOSTRAR EL CERTIFICADO DE NATURALIZACION; OTRAS PERSONAS NACIDAS EN EL EXTRANJERO DEBEN PRESENTAR PRUEBA DE CIUDADANIA.

SI ES VETERANO DEBERA SOMETER CERTIFICADO DE LICENCIAMIENTO U OTROS DOCUMENTOS ACREDITADOS

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA DEBERA INCLUIR EVIDENCIA DE ELEGIBILIDAD PARA TRABAJAR

PREPARACION ACADÉMICA	PREPARACION ACADÉMICA	GRADO OBTENIDO	CREDITOS APROBADOS	AÑOS COMPLETADOS	ASIGNATURA PRINCIPAL
ELEMENTAL					
SUPERIOR					
COMERCIAL					
VOCACIONAL					
COLEGIO					
UNIVERSIDAD					
ESC. GRADUADA					
OTROS					

INDIQUE ADIESTRAMIENTOS ESPECIALIZADOS Y/O DESTREZAS QUE POSEA RELACIONADOS CON EL PUESTO

INDIQUE CUALQUIER IDIOMA EXTRANJERO QUE PUEDA HABLAR, LEER Y/O ESCRIBIR

	CON FLUIDEZ		BIEN	UN POCO
HABLAR				
LEER				
ESCRIBIR				

INDIQUE LAS LICENCIAS QUE POSEE PARA EJERCER UN OFICIO

CLASE	NUMERO	FECHA EXPEDICION	FECHA EXPIRACION



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION DE EMPRESAS DE ADIESTRAMIENTO Y TRABAJO
OFICINA DE SERVICIOS GERENCIALES

EXAMEN MEDICO

NOMBRE: _____
TITULO DEL PUESTO QUE _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO

A. FAVOR DE INDICAR A CONTINUACION SI EL (LA) SOLICITANTE PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES QUE LA CORPORACION DEBA TENER CONOCIMIENTO PARA POSIBLES SITUACIONES DE EMERGENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO.

___ TRASTORNOS DE ORDEN RESPIRATORIO

- ___ ALERGIAS NASALES
- ___ FATIGA
- ___ ASMA
- ___ SINUSITIS
- ___ BRONQUITIS
- ___ PULMONIA

___ PROBLEMAS DE CIRCULACION

- ___ CALAMBRES FRECUENTES EN LAS MANOS O PIERNAS
- ___ VENAS VARICOSAS
- ___ DOLOR EN LAS ARTICULACIONES
- ___ OTRAS (FAVOR ESPECIFICAR) _____

___ ENFERMEDADES DEL CORAZON

- ___ DOLOR DE PECHO
- ___ PALPITACIONES
- ___ OTRAS (FAVOR ESPECIFICAR) _____

___ TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

- ___ ULCERAS
- ___ OTRAS (FAVOR ESPECIFICAR) _____

___ DOLORES SEVEROS DE CABEZA

- ___ DIABETES
- ___ HIPOGLISEMIA
- ___ EPILEPSIA
- ___ PRESION ARTERIAL ALTA O BAJA
- ___ PROBLEMAS DE LA ESPALDA
- ___ ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
- ___ HERNIAS
- ___ PIEDRAS EN EL RIÑON O VESICULA
- ___ APENDICITIS

B. LUEGO DE EXAMINAR AL (LA) PACIENTE, INDIQUE LOS SIGUIENTES RESULTADOS.

ESTATURA SIN ZAPATOS	_____	
PESO CON ROPA	_____	
OJOS		
(SIN LENTES) DERECHO	_____	IZQUIERDO _____
(CON LENTES) DERECHO	_____	IZQUIERDO _____
OIDOS		
DERECHO	_____	IZQUIERDO _____
PULSO		
REGULAR	_____	IRREGULAR _____
PRESION ARTERIAL		
SISTOLICA	_____	DIASTOLICA _____
RADIOGRAFIA DEL TORAX		
ANALISIS DE ORINA		
GRAVEDAD ESPECIFICA	_____	ALBUMINA _____
AZUCAR	_____	CILINDROS _____

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Corporación de Empresas de Adiestramiento y Trabajo

Historial Académico y de Trabajo de Confinado

Información personal

Nombre: _____ Seg. Soc.: _____

Fecha de Nac.: ____/____/____ Fecha que fue asignado a C.E.A.T.: ____/____/____

Estudios

Último grado cursado (1 al 12): _____ Donde: _____

Otros (cursos vocacionales, técnicos o universitarios)

Curso: _____ Donde: _____ Terminó: sí no

Curso: _____ Donde: _____ Terminó: sí no

Curso: _____ Donde: _____ Terminó: sí no

Experiencias de Trabajo (privadas o gobierno)

Experiencia de trabajo: Lugar _____ Fecha: de ____ a ____

Experiencia de trabajo: Lugar _____ Fecha: de ____ a ____

Experiencia de trabajo: Lugar _____ Fecha: de ____ a ____

Habilidades Especiales

Habilidad especial: _____ Donde aprendió: _____

Habilidad especial: _____ Donde aprendió: _____

Esta sección es para ser completada por un Miembro del Comité de Evaluación y asignación de confinados.

Taller asignado: _____ Fecha: ____/____/____

Comentarios: _____

Firma confinado

Firma Rep. Comité

Firma Rep. Comité

Firma Rep. Comité

**CORPORACION DE EMPRESAS DE ADIESTRAMIENTO Y TRABAJO
OFICINA DE PERSONAL**

**CERTIFICACION DE LA DECLARACION DE
POLITICA PUBLICA SOBRE CENTROS DE
TRABAJO LIBRES DE DROGAS**

De conformidad con las disposiciones de la Ley sobre Centros de Trabajo Libres de Drogas de 1988 (P.L. 100-690, Título V, Subtítulo D) certifico que he recibido una copia de la declaración de la Corporación de Empresas de Adiestramiento y Trabajo, confirmando que mantendrá un Centro de Trabajo Libre de Drogas.

La declaración afirma que constituye conducta ilegal y sanciones el manufacturar, distribuir, dispensar, poseer o usar sustancias controladas en el ambiente de trabajo.

La Corporación de Empresas de Adiestramiento y Trabajo cuenta con la Asistencia Ocupacional para brindar ayuda a usuarios y adictos a drogas.

Como un requisito para emplearme o retener mi empleo, consiento en participar en un Programa de Rehabilitación, de resultar convicto por una violación a la Ley de Sustancias Controladas mientras soy empleado de la Corporación de Empresas de Adiestramiento y Trabajo. He sido informado además que en tal caso se podrá recurrir a tomar medidas disciplinarias que podrían incluir la separación temporera o permanente del empleo, a discreción de la Autoridad Nominadora.

FECHA

NOMBRE DEL EMPLEADO(A)

FIRMA DEL EMPLEADO(A)