

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DEL  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
Area de Servicios Legales - Programa de Habilitación  
PO Box 8476 San Juan, Puerto Rico 00910-8476

**SOLICITUD DE HABILITACION  
PROCESO DE HABILITACION PARA EL SERVICIO PUBLICO**

1. Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
2. Seguro Social \_\_\_\_\_ 3. Sexo \_ 4. Edad \_\_\_\_  
5. Estado Civil \_\_\_\_\_ 6. Teléfono \_\_\_\_\_  
7. Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Dirección Postal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Preparación Académica:

- a) ¿Se graduó de Escuela Superior o equivalente? Sí  No
- b) Si la contestación a la pregunta anterior es **no**, indique el grado más alto aprobado: 1 \_\_\_\_\_
- c) Bachillerato: \_\_\_\_\_ Estudios post-graduados: \_\_\_\_\_  
Materia de estudio \_\_\_\_\_
- d) Otros Cursos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Licencias que posee para ejercer una profesión u oficio:

Clase	Número	Fecha Expedición	Fecha Vencimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

11. ¿Es usted veterano? Sí  No  De ser veterano, acompañe copia de su "Certificado de Licenciamiento" (DD-214)

12. ¿Trabaja usted al presente? Sí  No

a) Nombre y Dirección del Patrono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Nombre y teléfono del supervisor inmediato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Experiencia de Empleo (Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo).

Título Oficial del Puesto: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Título Oficial del Puesto: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Título Oficial del Puesto: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

14. Razón(es) que le hacen inelegible para optar por puestos públicos. (Favor de marcar una o más, según su caso)

a) Fue usted convicto de:

Delito grave: Sí  No

Cualquier delito que implique depravación moral: Sí  No

¿Cuál fue la naturaleza del delito? \_\_\_\_\_

¿Cómo y cuándo sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue sentenciado? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la sentencia? \_\_\_\_\_

¿Cuándo cumplió la sentencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto le queda por cumplir? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en alguna Institución de Adaptación Social?

Sí  No  Mencione la Institución \_\_\_\_\_

Nombre de su Técnico Socio- Penal: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono de su Técnico: \_\_\_\_\_

Fue usted separado del servicio público inmediatamente de haber sido:

Convicto: Sí  No

Sentenciado: Sí  No

b) ¿Ha sido adicto al uso habitual y excesivo de:

Substancias controladas: Sí  No

Bebidas alcohólicas: Sí  No

¿Se sometió a algún tratamiento? Sí  No

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

c) ¿Fue usted destituido del Servicio Público? Sí  No

Agencia donde trabajaba: \_\_\_\_\_

Área de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor inmediato: \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de empleo: \_\_\_\_\_

Fecha de destitución: \_\_\_\_\_

Razones para su destitución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Apeló usted a un foro administrativo? Sí  No

¿A cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Decisión del foro administrativo: \_\_\_\_\_

¿Apeló usted a los Tribunales? Sí  No

Fecha de Apelación: \_\_\_\_\_

Decisión del Tribunal: \_\_\_\_\_

d) Ha sido usted:

Indultado: Sí  No

Sentencia conmutada por el Gobernador(a) de Puerto Rico:

Sí  No

e) ¿Ha solicitado usted habilitación anteriormente? Sí  No

¿Fue usted habilitado? Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Habilitación Total \_\_\_\_ Habilitación Condicionada \_\_\_\_\_

15. Tiempo que lleva inelegible para ocupar puestos públicos: \_\_\_\_\_

16. Clase(s) de Puesto(s) que interesa solicitar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Instituciones en las cuales aceptaría empleo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Enumere razones que lo motivan a solicitar habilitación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que esta información es Correcta:

\_\_\_\_\_

Firma del Peticionario

\_\_\_\_\_

Fecha