

## 26. EMPLEO

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_  
SUPERVISOR INMEDIATO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

## 27. HISTORIAL DE SALUD

¿HA SIDO USTED ALGUNA VEZ EXAMINADO O TRATADO POR DESÓRDENES MENTALES O NERVIOSOS?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿HA USADO USTED O ESTÁ USANDO NARCÓTICOS, MARIHUANA, SEDATIVOS O PÍLDORAS PARA DORMIR?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿HA SUFRIDO USTED O ALGÚN FAMILIAR SUYO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, CONTAGIOSA O DE CARÁCTER CRÓNICO?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿RECIBE, HA RECIBIDO O TIENE RADICADA ALGUNA SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿ESTÁ ACOGIDO A ALGÚN PLAN MÉDICO?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿HA RESULTADO USTED INELEGIBLE PARA OCUPAR UN PUESTO COMO RESULTADO DE ALGÚN EXAMEN FÍSICO?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿EN CASO DE EMERGENCIA A QUIÉN SE DEBE NOTIFICAR?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

¿TOMA USTED ALGÚN MEDICAMENTO?

Sí  No

ESPECIFIQUE:

## CERTIFICADO Y AUTORIZACIÓN

Por la presente certifico que la información aquí contenida es exacta y verídica. Estoy conciente que de descubrirse que haya dado falso testimonio en cuanto a cualquier hecho concreto, o que haya realizado o intentado realizar engaño o fraude en esta solicitud para conseguir elegibilidad o nombramiento para el puesto solicitado se me rechazará la misma y de haber sido nombrado estaré sujeto a las penalidades de multa o encarcelamiento o ambas, o a mi destitución.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Por la presente autorizo a cualquier persona o a cualquier corporación, institución, empresa, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezcan al Superintendente de la Policía de Puerto Rico o a la persona o personas en quien él delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione con mi conducta, reputación, crédito, salud, hábitos, situación económica o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente.

El expediente de la investigación practicada, así como la información encontrada en el mismo, están clasificadas en categoría de CONFIDENCIALIDAD

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

This is to authorize the Department of Defense or his agencies, to furnish my full military service, disciplinary and medical records. To release these records to the superintendent of the Puerto Rico Police or his legal representative.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature