PPR-773
(6-2006)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
POLICIA DE PUERTO RICO
PO BOX 70166
SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-8166

SOLICITUD DE REINGRESO PERSONAL CLASIFICADO

(LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO)

---

1. Nombre (con apellidos paterno y materno): **2. Seguro Social:**

3. Dirección Residencial (Urbanización o Barrio, Calle, Número y Pueblo):

4. Dirección Postal (Apartado o buzón, pueblo y zona postal): **5. Teléfonos:**

Residencial:_____ **Trabajo:**_____

Celular:_____

Correo Electrónico:_____

Pueblo, ciudad, zip code, zip+4

HISTORIAL ACADEMICO

A. ESTUDIOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

	AÑOS DE ESTUDIOS						FECHA (MES Y AÑO		GRADUADO SI	GRADUADO NO	CURSO O GRADO
ELEMENTAL	1	2	3	4	5	6					
INTERMEDIA	7	8	9								
SUPERIOR	10	11	12								

B. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

INSTITUCION Y DIRECCION	AÑOS DE ESTUDIOS	FECHA (MES Y AÑO) DE	FECHA (MES Y AÑO) A	GRADUADO SI	GRADUADO NO	GRADO OBTENIDO Y ESPECIALIZACION

C. ESTUDIOS POSTGRADUADOS

INSTITUCION Y DIRECCION	FECHA (MES Y AÑO)	GRADUADO SI	GRADUADO NO	GRADO OBTENIDO Y ESPECIALIZACION	CREDITOS APROBADOS

D. OTROS CURSOS O ADIESTRAMIENTOS RECIBIDOS

CURSOS O ADIESTRAMIENTOS	INSTITUCION Y DIRECCION	FECHA (MES Y AÑO)	HORAS APROBADOS

E. LICENCIAS

LICENCIAS QUE POSEE	CLASE	NUMERO	FECHA EXPEDIDA	FECHA VENCIMIENTO
	50			
	50			

7. ¿VIENE USTED OBLIGADO A PAGAR PENSION ALIMENTICIA PARA HIJOS MENORES O DEPENDIENTES?

1. **¿Está usted al día en la misma?**_____
2. **De no estarlo, ¿tiene usted algún plan de pago con ASUME?**_____
3. **De contestar en la afirmativa, deberá someter una Certificación de Cumplimiento de ASUME que evidencie su cumplimiento. De no presentar la certificación esta solicitud será denegada.**

8. ¿ESTABA USTED OBLIGADO A RENDIR PLANILLAS DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS EN LOS ULTIMOS CUATRO AÑOS PREVISO A ESTA SOLICITUD?

a. **De contestar en la afirmativa, deberá presentar el modelo SC-6088, Certificación de Radicación de Planillas de Contribución Sobre Ingresos del Departamento de Hacienda.**

b. **De contestar en la negativa, deberá presentar el Modelo SC-2781, Certificación de Razones por las Cuales No Está Obligado (a) en Ley a Rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos del Departamento de Hacienda.**

9. TITULO OFICIAL DE LOS DIFERENTES PUESTOS QUE OCUPO DURANTE EL TIEMPO QUE TRABAJO EN LA AGENCIA, COMENZANDO POR EL ULTIMO._____

10. **NOMBRE LOS NEGOCIADOS, COMANDANCIAS, DISTRITOS, OFICINAS O DIVISIONES, EN LOS CUALES TRABAJO:** _____

11. **NOMBRE DE SU ÚLTIMO JEFE O SUPERVISOR:** _____

12. **FECHA EN QUE PRESENTÓ SU CARTA DE RENUNCIA:** _____

FECHA DE ACEPTACION DE RENUNCIA: _____
RAZONES POR LAS CUALES RENUNCIO: _____

13. **¿FUE OBJETO DE ALGUNA INVESTIGACION ADMINISTRATIVA? SI** _____ **NO** _____
SI CONTESTA EN LA AFIRMATIVA, EXPLIQUE LAS RAZONES: _____

14. **DURANTE SUS AÑOS DE SERVICIO, ¿ESTUVO REPORTADO (A) AL F. S. E.? SI** _____ **NO** _____

¿FUE DADO (A) DE ALTA? SI _____ **NO** _____ **FECHA:** _____

¿SE LE OTORGO ALGUNA INCAPACIDAD? SI _____ **NO** _____

FECHA: _____ **POR CIENTO:** _____ 0% _____

15. **COMANDANCIAS, NEGOCIADOS, DIVISIONES, DISTRITOS, OFICINAS, PUEBLOS, DONDE ACEPTARIA TRABAJAR:** _____

16. **RAZONES POR LAS CUALES DESEA REINGRESAR:** _____

17. **Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia, no soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro además, que la información incluida por mí en este formulario es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que, de descubrirse falsedad o fraude por lo por mí afirmado, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de haber sido nombrado (a) se me podrá separar del puesto que ocupe o estaré sujeto (a) a las penalidades de multa, encarcelamiento o ambas.**

_____ _____
FECHA **FIRMA**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIVISION DE RECLUTAMIENTO

FECHA OFICIAL DE LA RENUNCIA: _____
FECHA DE EXPIRACION DEL REINGRESO: _____
ACCION TOMADA: APROBADA: _____ ***NO APROBADA:*** _____
PUESTOS A LOS QUE TIENE DERECHO A REINGRESO: _____

OBSERVACIONES: _____

_____ _____
FECHA FIRMA ANALISTA EVALUADOR

INSTRUCCIONES

- **Sea específico (a) y claro (a) en sus contestaciones:**
- **No debe llenar esta solicitud si usted ha sido destituido (a) del Servicio Público y ha sido o no habilitado (a) por la Oficina de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado.**
- **Las disposiciones sobre reingresos contenidas en la Ley para la Administración de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley 184 del 3 de agosto de 2004, no aplican a los casos de empleados (as) destituidos (as) del Servicio Público.**

USTED TIENE DERECHO A REINGRESO SI:

- **Usted era un (a) empleado (a) regular que renunció a su puesto o fue cesanteado (a) por la eliminación del puesto que ocupaba.**
- **Usted era un (a) empleado (a) de confianza que renunció y que inmediatamente antes de su nombramiento en el servicio de confianza, hubiera ocupado un puesto de carrera como empleado (a) regular. Esto no aplica a las personas que no se han desvinculado del servicio.**
- **No han trascurrido más de tres (3) años siguientes a la fecha de efectividad de la renuncia al puesto que ocupaba.**