



GOBIERNO DE PUERTO RICO

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS
DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

FORMULARIO PARA LA MOVILIDAD VOLUNTARIA

Información personal del empleado:

Nombre:	Apellidos:	Número de empleado:
Correo electrónico:	Número de teléfono:	Pueblo de Residencia:

Información de la Agencia a la cual Pertenece:

Nombre de la Agencia:	Ubicación (Pueblo):
Puesto que ocupa:	Salario Mensual:
Gerencial/Unionado:	Años de Servicio Público:

Preparación Académica (Grado Completado): Marcar con una X

<input type="checkbox"/> Noveno Grado	<input type="checkbox"/> Escuela Superior o su Equivalente	<input type="checkbox"/> Estudios Técnicos	<input type="checkbox"/> Créditos Universitarios	<input type="checkbox"/> Grado Asociado
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Juris Doctor	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Otros (Indique):
Especialidad:		Universidad:		
Colegiación:		Licencias Profesionales:		

Experiencia Laboral:

Patrono:	Puesto Ocupado:	
Desde:	Hasta:	Salario Mensual:
Funciones que realizaba:		
Patrono:	Puesto Ocupado:	
Desde:	Hasta:	Salario Mensual:
Funciones que realizaba:		
Patrono:	Puesto Ocupado:	
Desde:	Hasta:	Salario Mensual:
Funciones que realizaba:		

Agencia a la cual interesa movilidad:

Nombre de la Agencia	Ubicación (Pueblo)
1-	
2-	
3-	

Certifico que la información contenida en este formulario es correcta, exacta y verídica.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Favor enviar el formulario completado al siguiente correo electrónico: movilidad@oathr.pr.gov