

PUERTO RICO
SOLICITUD DE EXÁMENES
(Examen Teórico)

T

Siga las instrucciones abajo y someta todos los documentos requeridos

REQUISITOS PARA EXAMEN TEÓRICO

Por favor, llene la siguiente solicitud si usted desea tomar el siguiente examen:

**OPERADORES DE PLANTAS DE TRATAMIENTO DE
AGUAS USADAS Y AGUA POTABLE**

1. a. Formulario de solicitud debidamente completado en todas sus partes.
b. Incluya los documentos requeridos para la categoría que desea solicitar.
Si anteriormente ha enviado a PCS la documentación requerida, para la categoría que está solicitando ahora, no tiene que enviarla nuevamente (solo incluya copia de los resultados o llame al 1-888-773-9266 para pagar con VISA o MASTERCARD).
c. Giro postal, a la orden de PCS – \$ 100.00.
2. Formulario para los Acomodos Especiales y documentación – si aplica. Visite www.pcshq.com.

Para Información acerca de las materias a examinar y los requisitos para solicitar examen, visite la página de Internet del Departamento de Estado www.estado.gobierno.pr.

ATENCIÓN

Fecha de examen: 24 y 25 de abril de 2012.

Fecha límite de radicación: 9 de marzo de 2012.

La solicitud debe ser recibida en o antes de la fecha límite de radicación.

Nota: El examen será ofrecido en el Centro de Convenciones de San Juan. La fecha y hora exacta del examen aparecerán en el boleto de admisión. Los candidatos elegibles recibirán boleto de admisión para la toma de examen dos semanas antes de la fecha de examen.

Las solicitudes y toda documentación deben ser enviadas y recibidas por Professional Credential Services no más tarde de la fecha límite. Favor, envíelas a una de las siguientes direcciones:

Correo Regular

Professional Credential Services/PR PCS
P.O. Box 198728
Nashville, Tennessee 37219-8689

Dirección Física

Professional Credential Services/PR PCS
150 Fourth Avenue North, Suite 800
Nashville, Tennessee 37219

Número libre de cargo: 888-773-9266

Fax (615) 846-0153

<http://www.pcshq.com>

Correo Electrónico: prexamen@pcshq.com

Por favor, mantenga una copia para sus archivos. No es necesario enviar esta página con su solicitud.

Operador de Planta de Tratamiento - Examen Teórico

PROFESSIONAL
CREDENTIAL
SERVICES, INC.



FOR OFFICE USE ONLY

BATES NUMBER

AMOUNT PAID

INITIALS

Estado Libre Asociado De Puerto Rico

Antes de llenar la solicitud, asegúrese que reúne todos los requisitos para tomar el examen. Complete la información solicitada en tinta o máquina de escribir negra. Abrevie cuando sea necesario omitiendo puntuación.

Fecha de examen: 24 y 25 de abril de 2012.

Fecha límite de radicación: 9 de marzo de 2012.

La solicitud debe ser recibida en o antes de la fecha límite de radicación.

Nota: El examen será ofrecido en el Centro de Convenciones de San Juan. La fecha y hora exacta del examen aparecerán en el boleto de admisión. Los candidatos elegibles recibirán boleto de admisión para la toma de examen dos semanas antes de la fecha de examen.

Solicitud de Examen - Operador Categoría II

Escoja solo una clase por solicitud. Si desea examinarse para ambas clases, tiene que someter dos solicitudes (una por cada clase) e incluir el pago correspondiente para cada una.

Clase: Aguas Usadas Agua Potable

Solicitud de: EXAMEN

RE-EXAMEN (Aplica solo para la misma categoría)

- En caso de haber tomado el examen ANTES de enero de 2008, deberá incluir copia del resultado del examen, completar la solicitud en todas sus partes y someter los documentos requeridos.
- En caso de haber tomado el examen DESPUÉS de enero de 2008, solo deberá incluir copia del resultado del examen junto con la solicitud o llamar al 1-888-773-9266 para pagar con VISA o MASTERCARD.

1. NOMBRE

PRIMER NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO PATERNO

-

APELLIDO MATERNO

2. **CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:** informar números de teléfonos en que puede ser contactado durante horas laborables.

Correo electrónico

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Número de Teléfono Residencial Trabajo o Celular

3. **DIRECCIÓN POSTAL:** esta es la dirección del correo en la cual usted puede ser contactado por PCS. Cualquier cambio de dirección debe ser hecho por escrito a PCS.

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Ciudad Estado Código Postal

4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (LOS ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS SOLAMENTE) |XXX|-|XX|-|_____|

5. ÚLTIMA FECHA EN QUE TOMO EL EXAMEN, si aplica: _____

6. IDIOMA – POR FAVOR, MARQUE EL IDIOMA QUE USTED PREFERE AL TOMAR EL EXAMEN.

Inglés Español

7. ESCOJA SÓLO UNO DE LOS SIGUIENTES INCISOS Y PRESENTE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Inciso A

Inciso B

Educación

Experiencia

Incluya la siguiente información con la solicitud:

- Transcripción de créditos en **ORIGINAL** de una institución post secundaria en la que demuestre que haya completado quince (15) créditos en biología, química, física o matemática.

Incluya la siguiente información con la solicitud:

- Copia del Diploma de Escuela Superior o Transcripción de Créditos en Original que demuestre que completó la Escuela Superior.
- Copia de la Licencia Permanente de Operador I.
- Certificación del patrono firmada por el Oficial de Recursos Humanos que informe que usted ha ejercido como Operador Licenciado 1 por un tiempo mínimo de un (1) año. Esta certificación debe estar firmada también por el Operador Licenciado que lo supervisó durante ese tiempo (incluir el Anejo 1).

8. **COSTO DE EXAMEN y REEXAMEN - \$100** (\$50.00 por evaluación y \$50.00 por examen).
(El pago no será reembolsado o transferido a futuros exámenes. No se aceptan posposiciones).
Envíe un giro postal a favor de PCS. No se aceptarán cheques personales.

En caso de que el solicitante no cumpla con los requisitos necesarios para la categoría que solicita y la solicitud sea denegada, se retendrán \$50.00 de la evaluación de la solicitud y se devolverá al solicitante \$50.00 del costo del examen.

9. ¿NECESITA ALGÚN TIPO DE ACOMODO RAZONABLE SEGÚN LA LEY: "AMERICAN WITH DISSABILITIES ACT (ADA)"?

Sí No

Si responde "Sí", envíe por correo la Solicitud de Acomodo Razonable con la certificación médica y/o psicológica necesaria. La solicitud se encuentra en la página web de PCS – www.pcshq.com

10. Soy miembro de una fe religiosa que no me permite tomar el examen de reválida en la fecha señalada, por lo que solicito tomar el examen de reválida en una fecha alterna. Acompaño la certificación oficial de mi afiliación religiosa indicando por qué no puedo tomar el examen de reválida en la fecha pautada. Esta certificación contiene mi nombre y demás información que fundamenta por qué no puedo tomar el examen en la fecha programada. Acepto la fecha alterna que me indiquen.

11. **DECLARACIÓN DEL CANDIDATO:** Entiendo que cualquier declaración falsa que haga está sujeta a las penas relacionadas con perjurio y podría resultar en la suspensión o a la revocación de mi licencia y la invalidación de examen tomado. Entiendo que es mi responsabilidad presentar toda la información y documentación requeridas antes de la fecha límite establecida. Si la documentación requerida en la solicitud de examen no es recibida por PCS, mi solicitud será considerada incompleta/inelegible y no seré admitido a tomar el examen, lo que resultará en la pérdida la mitad de mi pago (\$50.00 de evaluación de la solicitud) y recibiré los \$50.00 del examen. Acepto que si mis documentos para el examen se extravían, la presencia de cualquier imprevisto, causa mayor, o si el examen no se lleva a cabo por alguna razón, cualquier reclamo que pueda tener será limitado a la matrícula pagada por mí. **Al someter esta solicitud reconozco que entiendo y acepto todas las disposiciones contenidas en la misma.**

12. **Certifico que he leído los requisitos mínimos establecidos por la Junta Examinadora**, que surgen del manual del aspirante, de esta solicitud, la Ley y el Reglamento aplicable; que reúno cada uno de ellos y que puedo presentar la evidencia correspondiente tan pronto se me solicite. Reconozco que el examen es uno de varios requisitos establecidos y que su aprobación **NO ME CONFIERE NINGÚN DERECHO A LICENCIA**, a menos que reúna **TODOS LOS REQUISITOS** de la categoría correspondiente al examen que solicito. Certifico que solicito este examen con el único propósito de obtener la licencia correspondiente.

Firma del Solicitante

Fecha

ANEJO I

Certificación de Experiencia de Operador Licenciado I

(Debe llenar **todos los blancos** o de lo contrario no se aceptará la solicitud)

Yo, _____, operador licenciado, con número de licencia
(Nombre en letra de molde de operador certificado)

número _____, clase _____, categoría _____, vigente hasta el _____
(fecha en que vence su licencia)

certifico que _____, **licencia de operador categoría I**, laboró al menos un
(Nombre en letra de molde del Aspirante)

(1) año bajo mi supervisión durante el periodo de ____/____/____ hasta ____/____/____ en el sistema y/o
(día/mes/año) (día/mes/año)

planta de tratamiento de _____, en el municipio de _____
(nombre de la planta o sistema)

clasificada como: (Marque una de las siguientes)

Aguas Usadas

Agua Potable

Categoría _____

Certificado por:

Visto bueno de:

(Firma del Operador licenciado)

(Firma del Oficial de Recursos Humanos o Patrón)

(número de licencia, clase y categoría)

(nombre y título del Oficial de Recursos Humanos o Patrón)

Dirección postal del Operador Licenciado

(Dirección postal del Oficial de Recursos Humanos o Patrón)

La solicitud y toda documentación relacionada a ésta debe ser enviada a, y recibida por, Professional Credential Services (PCS) no más tarde de la fecha límite. Por favor, envíelas a unas de las siguientes direcciones:

Dirección Postal

Professional Credential Services/PR PCS
P.O. Box 198728
Nashville, TN 37219-8689

Dirección Física

Professional Credential Services/PR PCS
150 Fourth Avenue North, Suite 800
Nashville, TN 37219

Número libre de cargo: 888-773-9266

Fax (615) 846-0153

<http://www.pcshq.com>

Correo Electrónico: prexamen@pcshq.com