**Comisión de Condiciones Laborales y Acción Profesional**

**Petición de Consulta**

**NOTA:** Una vez complete el formulario, envíe en formato PDF a través de correo-e a: condicioneslaborales.cptspr@gmail.com

**PERFIL PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | |
| Dirección Postal: | |
|  | |
| Tel. Celular: | Tel. Residencial: |
| Correo Electrónico: | |
| Licencia de Trabajo Social: | 🗖Provisional 🗖Permanente |
| Nombre del Patrono: | |
| Tel. del Patrono: |  |
| Dirección del Patrono: | |
|  | |
| Título del puesto que ocupa: | |
| Funciones: *(Favor de adjuntarlo al documento)* | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Tiempo que lleva en su puesto: | |
| Tipo de población con la cual trabaja: | |
| Nombre del/a supervisor/a inmediato: | |
| Indique si el asunto a ser presentado se encuentra bajo la jurisdicción del Tribunal: 🗖Sí 🗖No | |
| Pertenece usted a alguna Unión o Sindicato laboral: 🗖Sí 🗖No | |
| Nombre de la Unión o Sindicato laboral: | |
| De pertenecer a alguna Unión o Sindicato laboral, ¿qué gestión realizó con ésta?, ¿En qué estado se encuentra la gestión *(si aplica)?:* *(De tener alguna evidencia/documento oficial, favor adjuntarlo al formulario)* | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**DETALLES DE LA CONSULTA**

|  |
| --- |
| **A**. Describa la naturaleza de la situación que da lugar a la consulta señalando lo siguiente: ¿Qué ocurrió? ¿Cuándo ocurrió? Tiempo que lleva la situación planteada. ¿Dónde ocurrió? Personas involucradas. ¿Cómo usted y otras personas se han visto afectadas en cuanto a sus funciones como trabajadores/as sociales? Favor de hacerlo en orden cronológico y de necesitar papel adicional, favor de incluirlo. |
| [Este espacio abrirá mientras escriba.] |

|  |
| --- |
| **B.** Acciones que se han realizado para trabajar con la situación. Detalle gestiones y trámites realizados para resolver la situación; incluyendo reuniones, comunicaciones o cartas, llamadas telefónicas, entre otras. Favor de incluir las fechas y evidencias de las gestiones realizadas. |
| [Este espacio abrirá mientras escriba.] |

|  |
| --- |
| C. Si están disponibles, someta una lista y copia de los diferentes documentos que sean evidencias a la situación planteada. |
| [Este espacio abrirá mientras escriba.] |

|  |
| --- |
| D. Indique alguna otra información que entienda sea importante y no esté incluida en este documento. |
| [Este espacio abrirá mientras escriba.] |

|  |
| --- |
| E. La Comisión revisa toda petición de consulta, sin embargo, mencione si desea alguna acción específica por parte de ésta. |
| [Este espacio abrirá mientras escriba.] |

Certifico que toda la información que contiene este documento es verdadera, para que así conste, firmo la consulta en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puerto Rico, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del/de la Trabajador/a Social |  | Fecha de envío al CPTSPR |
|  |  |  |
| Nombre del Personal del CPTSPR que recibe la petición |  | Fecha de recibo en el CPTSPR |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Para uso exclusivo del CPTSPR:** | | |
| Referido a la Comisión por: | | Fecha: |
| Recibido en la Comisión por: | | Fecha: |
|  | ( ) Colegiación vigente | ( ) Licencia vigente |