

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
COMISIÓN APELATIVA DEL SERVICIO PÚBLICO

# PETICIÓN

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Caso Número:

Fecha:

**INSTRUCCIONES:** 1) Llene en letra de molde o a maquinilla. 2) De requerir más espacio en algún apartado, favor incluir la información en un anejo haciendo referencia al apartado. 3) Someta original y tres copias de este formulario.

## 1. PROPÓSITO DE ESTA PETICIÓN

- PR – PETICIÓN DE REPRESENTACIÓN** – Un número sustancial de empleados desea estar representado para fines de negociación colectiva por la Peticionaria.
- PD – PETICIÓN DE DESCERTIFICACIÓN** – Un número sustancial de empleados no desea continuar siendo representado por la Organización Sindical certificada por la Comisión.
- CU - CLARIFICACIÓN DE UNIDAD APROPIADA** – La Agencia o el Representante Exclusivo de los empleados desean que ciertas clases o puestos sean incluidos en o excluidos de una unidad apropiada certificada por la Comisión.

## 2. ¿Quién radica?

una Organización Sindical

la Agencia

un grupo de empleados

## 3. Nombre de la Agencia:

(Según aparece en la Certificación de Representante Exclusivo)

Dirección postal:

Teléfono: ( ) -

Fax: ( ) -

Dirección electrónica:

## 4. Representante Legal de la Agencia:

Dirección postal:

Teléfono: ( ) -

Fax: ( ) -

Dirección electrónica:

## 5. Nombre del Representante Exclusivo:

(Según aparece en la Certificación de Representante Exclusivo)

Dirección postal:

Teléfono: ( ) -

Fax: ( ) -

Dirección electrónica:

## 6. Representante Legal del Representante Exclusivo:

Dirección postal:

Teléfono: ( ) -

Fax: ( ) -

Dirección electrónica:

## 7. Nombre de la Organización Obrera Peticionaria:

(Si otra que el Representante Exclusivo)

Dirección postal:

Teléfono: ( ) -

Fax: ( ) -

Dirección electrónica:

## 8. Representante Legal de la Organización Obrera Peticionaria:

Dirección postal:

Teléfono: ( ) -

Fax: ( ) -

Dirección electrónica:

## 9. Fecha en que fue certificado el Representante Exclusivo:

## 10. Número de Certificación de Representante Exclusivo:

## 11. Número aproximado de empleados en la unidad apropiada certificada o propuesta:

## 12. ¿Hay Convenio Colectivo?

SÍ  NO 

## 13. Fecha en que expira el convenio colectivo, si alguno (día, mes, año):

**14. Descripción de la unidad.** (En casos de CU enumere las clases o puestos que se desea sean incluidos en o excluidos de la unidad apropiada certificada.)

**(a) INCLUIDOS:**

**(b) EXCLUIDOS:**

**15. ¿Está apoyada la petición por el 30% o más de los empleados en la unidad?** (No aplica en CU.)

**Sí**

**No**

**16. Nombre de la persona que firma la Petición:**

**Título:**

**Teléfono:** (     )     -

**Fax:** (     )     -

**Dirección electrónica:**

**17. CERTIFICACIÓN**

**Certifico que la información provista en este formulario es correcta según mi mejor entender y creencia.**

Por: \_\_\_\_\_  
(Firma)

Fecha:

Aquella persona que intencionalmente someta información falsa en este formulario puede estar sujeta a las multas que imponga la Comisión y a cualquier otra sanción o pena de Ley aplicable.  
(Modificada en septiembre de 2006)