



FOTO  
2x2

## PROGRAMA DE INTERNADOS EN EDUCACIÓN PILAR BARBOSA

NOMBRE Y APELLIDOS | \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS CUATRO) | \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL | \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO | \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO | \_\_\_\_\_

PREPARACIÓN ACADÉMICA (FAVOR INCLUIR TODOS SUS GRADOS Y CERTIFICACIONES POST-SECUNDARIA) | \_\_\_\_\_

NOMBRE, TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE ENSEÑA | \_\_\_\_\_

ASIGNATURA QUE ENSEÑA | \_\_\_\_\_

NIVEL ACADÉMICO QUE ENSEÑA | \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DIRECTOR | \_\_\_\_\_

**CONTESTAR LAS SIGUIENTES:**

1. ¿CUÁN FAMILIARIZADO ESTÁ CON EL USO DE LAS COMPUTADORAS?

---

---

2. INDIQUE LOS PROGRAMAS DE COMPUTADORA (SOFTWARE) CON LOS QUE HA TRABAJADO Y ESTÁ FAMILIARIZADO.

---

---

3. MENCIONE LOS TALLERES, SEMINARIOS O ADIESTRAMIENTOS QUE HA OFRECIDO O PARTICIPADO.

---

---

4. MENCIONE LOS PROYECTOS DE CAMBIO O INNOVACIÓN CURRICULAR DE LOS QUE HA SIDO PARTICIPE YA SEA COMO AUTOR O IMPLEMENTADOR.

---

---

----FROM HERE DOWN THE APPLICATION MUST BE COMPLETED IN ENGLISH----

**ENGLISH PROFICIENCY |**

SPOKEN LANGUAGE:       EXCELLENT                       GOOD                       FAIR

WRITTEN LANGUAGE:       EXCELLENT                       GOOD                       FAIR

1. WHY ARE YOU INTERESTED IN PARTICIPATING IN THE PILAR BARBOSA INTERNSHIP PROGRAM?

---

---

2. WHAT OBJECTIVES DO YOU HOPE TO ACCOMPLISH WITH YOUR PARTICIPATION IN THE PILAR BARBOSA INTERNSHIP PROGRAM?

---

---

3. HOW WILL YOUR PARTICIPATION IN THE PILAR BARBOSA INTERNSHIP PROGRAM CONTRIBUTE TO BETTER YOUR PROFESSIONAL PRACTICE AND TO IMPROVE THE EDUCATION IN PUERTO RICO?

---

---



## DOCUMENTOS

----Para uso oficial de la comisión conjunta-----

- PARA USO OFICIAL DE LA COMISIÓN CONJUNTA-----
  
- SOLICITUD COMPLETADA
  
- COPIA DIPLOMA DEL MÁS ALTO GRADO ACADÉMICO
  
- COPIA CERTIFICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
  
- CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL DIRECTOR (EN PAPEL TIMBRADO CON SELLO OFICIAL REDACTADA EN INGLÉS)
  
- RESUME
  
- FOTO 2X2
  
- COPIA IDENTIFICACIÓN CON FOTOS
  
- CERTIFICACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO
  
- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES

### CONTACTO



[www.oslpr.org](http://www.oslpr.org)



[pilarbarbosa@oslpr.org](mailto:pilarbarbosa@oslpr.org)



787-977-4917 Ext. 1021

COMISIÓN CONJUNTA DEL  
PROGRAMA DE INTERNADOS  
EN EDUCACIÓN PILAR BARBOSA





## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES

Yo, \_\_\_\_\_, empleado (a) del Departamento de Educación Pública de Puerto Rico, autorizo la comisión Conjunta del Programa de Internados en Educación Pilar Barbosa a verificar las recomendaciones sometidas en mi solicitud. Se verificarán las referencias en torno a mi carácter personal, preparación académica y participación activa en el entorno (escuela, distrito) en donde me desempeño.

### PERSONAS CONTACTOS:

_____ NOMBRE	_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ POSICIÓN QUE OCUPA
_____ NOMBRE	_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ POSICIÓN QUE OCUPA
_____ NOMBRE	_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ POSICIÓN QUE OCUPA

### AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZANDO ESTE CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FECHA



## CERTIFICACIÓN DE PARTICIPACIÓN

CONFIRMO QUE DE SER SELECCIONADO(A) PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA PILAR BARBOSA DE INTERNADO EN EDUCACION DURANTE EL VERANO 2018, NO TENGO PROBLEMAS EN HACER LOS ARREGLOS NECESARIOS PARA PERMANECER DURANTE (2) SEMANAS EN WASHINGTON, D.C. Y QUE DE NO PODER ASISTIR AVISARÉ CON SUFICIENTE TIEMPO PARA DARLE LA OPORTUNIDAD A OTRA PERSONA QUE PUEDA CUMPLIR CON EL TIEMPO REQUERIDO POR EL INTERNADO.

CONFIRMO QUE ESTOY CONSCIENTE SI NO CUMPLO CON EL TIEMPO Y LOS TRABAJOS REQUERIDOS POR EL INTERNADO. LOS DIAS QUE FALTE ME SERÁN DESCONTADOS DE MI CHEQUE DE ESTIPIENDO POR LA OFICINA DE SERVICIOS LEGISLATIVOS.

CONFIRMO, ADEMÁS, QUE NO TENGO PROBLEMAS DE SALUD NI IMPEDIMENTO ALGUNO QUE ME PERMITA CAMINAR LARGOS TRAMOS.

CERTIFICO QUE NO HE PARTICIPADO ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA PILAR BARBOSA DE INTERNADOS EN EDUCACIÓN.

---

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

---

FIRMA

---

FECHA



## HISTORIAL MÉDICO

Para ser llenado por el solicitante  
Información General

NOMBRE Y APELLIDOS | \_\_\_\_\_

SEXO |  F  M

PESO | \_\_\_\_\_

EDAD | \_\_\_\_\_

PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA | \_\_\_\_\_

PARENTESCO | \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CELULAR | \_\_\_\_\_

### FAVOR DE DESGLOSAR HISTORIAL MÉDICO

Certifico que la información suministrada es completamente cierta a la fecha de haber completado la misma.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA