



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



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 2017, 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.

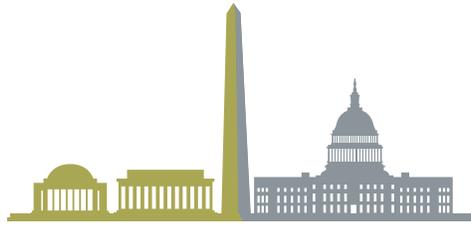
CONFIRMO, ADEMÁS, QUE NO TENGO PROBLEMAS DE SALUD NI IMPEDIMENTO ALGUNO QUE ME PERMITA CAMINAR LARGOS TRAMOS.

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

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

FECHA



PILAR BARBOSA

— INTERNADO LEGISLATIVO —

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