



Solicitud de Docentes Logos Divinity University

P.O. Box 521494
Miami, Fla. 33152
Oficina: 786-637-2151
Fax: 786-637-2173

www.logosdivinityuniversity.com

Solicitud de Docentes

Junto con esta aplicación, el solicitante debe someter su currículum, una copia original de sus transcripciones (Calificaciones) y una foto actualizada.

Fecha de Aplicación: _____

Universidad Afiliada: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de su Pastor: _____

Nombre de su Iglesia: _____

Dirección de su Iglesia: _____

Teléfono de su Iglesia: _____ Correo electrónico: _____

Antecedentes Personales

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SS # (requerido) ____/____/____ Ciudadanía _____ Fecha de Nacimiento _____

Dato Familiar:

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Si es casado, fecha de matrimonio: _____

Nombre de su cónyuge: _____

Nombre y edades de sus hijos:

¿Tiene usted planes de continuar su educación? Si ____ No ____ Si su respuesta es sí, hasta qué medida?

Experiencia Docente:

¿Qué temas prefiere enseñar?

¿Qué otros temas le interesaría enseñar?

Describa las posiciones de enseñanza en las que ha trabajado y el nombre de la escuela donde fue empleado

Fechas	Nombre de Escuela y Dirección	Posición(es)	Materias Impartidas

LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR:

Yo certifico que toda la información dada en esta solicitud es completa y verdadera. Yo autorizo a Logos Divinity University llevar a cabo una revisión de mi carácter y capacidad para realizar el trabajo por el cual yo estoy aplicando. Yo entiendo que durante el proceso de revisión, empleadores previos podrán ser contactados, al igual que otras referencias, para la verificación de esta información; pero no se contactará a mi empleador actual. Yo también entiendo que para que esta certificación se mantenga valida, seré sometido a una observación y evaluación anual, la cual afirmará mi capacidad de enseñanza.

Firma (electrónica) del Solicitante Fecha