



SOLICITUD DE VOLUNTARIADO E INTERNADO DE ESTUDIANTES

I. DATOS PERSONALES

Nombre (Apellidos primero en letra de molde)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL (SEGUNDO NOMBRE)
Dirección donde reside o recibe la correspondencia:			
Municipio		Zip Code	
Medios donde podemos comunicarnos con usted:			
Residencia	Otro / Celular	Correo electrónico	
<u>Persona contacto en caso de emergencia</u>			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	
<u>Teléfono contacto</u>	<u>Parentesco</u>		
<u>Breve descripción de trabajos que interesaría realizar</u>			
Marque aquí, si desea certificar sus horas de trabajo. Se acreditará tiempo de voluntariado según lo estipulado en la Ley 261 del 2004, según enmendada y del Reglamento del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Número 7193 del 2006. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<u>Esta información es voluntaria, la misma será utilizada para propósitos estadísticos.</u>			
Fecha y lugar de nacimiento:			
Día / mes / año	Ciudad	Estado o País	
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
Conforme a la Carta de derechos de las personas con impedimentos, y la Carta de derechos de las personas de la Tercera Edad, usted no está obligado a informar que es una persona con impedimento. Si desea informarlo favor de marcar en los encasillados correspondientes.			
Indique si va reclamar el derecho a preferencia como persona con impedimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



Solicitud Número _____

Nombre del Solicitante _____

II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

13. Universidades, Escuelas o Vocacionales a las que haya asistido:

NOMBRE DE LA ESCUELA	LOCALIDAD	Desde	Hasta	Créditos Aprobados	¿Se graduó? Sí o No	Mes y Año de Graduación	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
		Años Estudiados						
Elemental								
Superior								
Colegio o Universidad								
Otros								

INSTITUCIÓN	TÍTULO DEL CURSO	DURACIÓN DEL CURSO

17. Licencias que posee para ejercer la profesión u oficio	Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vencimiento

19. Número de Colegiación: _____ 20. Fecha de Admisión al Ejercicio de la Profesión: _____

Solicitud Número _____

Nombre del Solicitante _____

III. EXPERIENCIAS DE TRABAJO

Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo. De ser necesario, utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón.
 Sea específico indicando puestos y fechas.

Fecha (Indique día, mes, año)	Nombre/Dirección/Teléfono Patrono Anterior	
Desde		Título del Puesto: Nombre Supervisor:
Hasta		Departamento:

Descripción del trabajo (describa los deberes específicos y responsabilidades)

CONTESTE SÍ O NO

- ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Sí No
- ¿Ha sido convicto por delito grave? Sí No En caso afirmativo indique Felonía Indultado Sentencia Conmutada
- ¿Ha sido destituido de algún puesto público? Sí No

En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad o grupo, asamblea u organización que abogue por el derrocamiento del gobierno por la fuerza o la violencia. Declaro, además, que la información incluida por mí en este formulario es correcta, exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento que de descubrirse que no reúno los requisitos exigidos u omisión, falsedad o fraude con lo firmado, mi Solicitud de Voluntariado o Internado podrá ser rechazada.

Día / Mes / Año _____ Nombre (Use letra de molde) _____ Firma _____

**PARA USO OFICIAL
 DEL INSTITUTO DE CULTURA PUERTORRIQUEÑA
 NO ESCRIBA ESTE ESPACIO**

Acción Tomada Aceptada Denegada Técnico Evaluador _____ Fecha _____

RAZONES:

Voluntario o estudiante de internado fue referido el

Nombre del Director de la Oficina o del Programa _____

Nombre de la Oficina o del Programa _____

Día / Mes / Año _____ Nombre (Use letra de molde) _____ Firma _____

