

SOLICITUD AL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE MAESTROS		
Fecha:		Seguro Social:
DATOS PERSONALES		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre/Inicial
Dirección Permanente:		
Dirección Postal:		
Teléfono Residencial:	Celular:	Género M F
Correo Electrónico:		
Fecha nacimiento mes/día/año:		Lugar de nacimiento:
Estado Civil:		Ocupación:
CIUDADANÍA:		
Residente Permanente:	Núm tarjeta residente:	Tipo de Visa:
En caso de emergencia favor notificar:		
Teléfono:		Relación:
HISTORIAL ACADÉMICO		
Universidad de procedencia		Fecha de Graduación
Último grado obtenido		Otros grados
EXPERIENCIA MAGISTERIAL		
Lugar de Trabajo:	Posición:	Tiempo
Experiencia Musical		
CONJUNTOS EN LOS QUE HA PARTICIPADO		Tiempo
Certifico que toda la informacion suministrada en esta solicitud es correcta, verídica y completa. Reconozco que el fabricar y/o suministrar informacion incorrecta puede considerarse: justa causa para la denegación de esta admisión o para ser suspendido del Conservatorio de Música de Puerto Rico.		
Firma del solicitante:		Fecha:

Política de no discrimen: El Conservatorio de Música de Puerto Rico mantendrá una norma clara de admisión basada en el principio de no discriminar por edad, color, orientación sexual, raza, sexo, origen étnico, religión, impedimento físico o mental o credo político. Estas normas se aplican a la administración de su política educativa, requisitos de admisión y programas de ayuda económica.

El costo de esta solicitud no es reembolsable