



Imagen 2X2

## Solicitud para los estudios en Capellanía

### INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir: Sí \_\_\_ No \_\_\_

*#Enviar foto copia de la licencia de conducir y la Fotografía digital que quiere para su credencial.*

Estado civil: Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Viuda \_\_\_

Solicita Capellanía Nivel 1 \_\_\_ Nivel 2 \_\_\_ ¿Ha sido condenado por un delito? Sí \_\_\_ No \_\_\_

### INFORMACIÓN EDUCATIVA

Grado más alto completado: ¿Superior \_\_\_ Universidad \_\_\_ Estudios Teológicos \_\_\_?

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años completos? \_\_\_\_\_ ¿Alguna formación profesional o cristiana adicional? (Psicología, sociología, consejería, etc.)

---

---

## **INFORMACIÓN DEL TRABAJO**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE LA IGLESIA**

Nombre y dirección de la Iglesia: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Nombre del Pastor: \_\_\_\_\_

Email de la Iglesia o del Pastor: \_\_\_\_\_

¿A qué ministerios sirves? \_\_\_\_\_

Afirmo ante Dios y la Asociación que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y acepto y apruebo que en el caso de que algo de esto resulte ser falso será motivo de denegación o terminación de mi Ministerio y afiliación, y acepto que las credenciales, la insignia de identificación y los títulos serán devueltos a la Asociación de inmediato.

*La Capellanía de HCU se revalida anual y depende de su comportamiento. En caso de tener un problema legal y cumplir cárcel su capellanía puede ser suspendida o revocada. En caso de no revalidar es automáticamente suspendida.*

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **RECOMENDACIÓN DEL PASTOR**

Esta recomendación puede ser enviada escrita o por email en estado confidencial al correo electrónico: [hcuflorida@gmail.com](mailto:hcuflorida@gmail.com)

¿Es el candidato una persona de buena reputación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es No, explique:

---

---

¿Cuántos años ha perseverado en su iglesia el candidato? \_\_\_\_\_

Ministerios en que lo asiste: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales del pastor o líder de la iglesia:

---

---

Nombre del Pastor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_