

Formulario de verificación de la experiencia docente (FVD)

Esta no es la solicitud de Maestro principal. Por favor véanse los pasos a continuación

Las personas que soliciten ser un Maestro principal aprobado para un centro o un hogar grupal con licencia deben cumplir con los requisitos de educación Y experiencia. Utilice este formulario para documentar su experiencia docente para llenar su solicitud.

Pasos:

1. Cargue este formulario totalmente completado, la descripción del puesto correspondiente en su cuenta del Registro de la OEC (en Documentos estándar) y sus cualificaciones educativas. Asegúrese de que todos los campos estén completos e incluya las firmas (**firma en papel o DocuSign**).
2. Cuando se hayan verificado todos sus documentos, envíe su solicitud a través de su cuenta del Registro de la OEC en Mis aplicaciones de rol.

| | |
|--|-------------------------------------|
| Su nombre legal: | |
| Su número de identificación en el Registro (9 dígitos empezando por 100): | |
| Su número de teléfono: | Su dirección de correo electrónico: |
| El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con la sección 53a - 157b de los Estatutos Generales de Connecticut. | |
| Su firma (no escriba a máquina): | Fecha: |

Complete esta información sobre el programa en el que obtuvo o está adquiriendo su experiencia docente. Utilice un formulario por trabajo y función docente.

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| Nombre legal del programa: | | |
| Estado de la licencia del programa: <input type="checkbox"/> Exento de licencia <input type="checkbox"/> Con licencia. | | |
| Si tiene licencia: número de la licencia | | |
| Dirección del programa: | | |
| Ciudad y estado del programa: | Código postal del programa: | |
| Su puesto de trabajo en el programa durante su práctica docente : | | |
| Función docente: Fecha de inicio | Fecha de finalización (la fecha actual si todavía está en esa función) | Total del número de semanas |
| Número de horas de docencia directa trabajadas por día: | Número de días de docencia directa trabajados por semana | |
| Número total de horas representadas arriba (multiplique las horas por los días, por las semanas): | | |
| Edades de los niños a los que enseñó en este programa: | desde los más pequeños | hasta los mayores |
| Edades de los niños a los que enseñó en todo el programa: | desde los más pequeños | hasta los mayores |
| OBLIGATORIO: Adjunte la descripción de su puesto de trabajo en este programa. Marque aquí para indicar que la adjunta: <input type="checkbox"/> | | |

Información y certificación del supervisor; debe firmarse DESPUÉS de completar todas las secciones anteriores.

El supervisor se define como la persona a la que el solicitante reportó durante el período de tiempo indicado anteriormente.

| | |
|--|--------|
| Nombre legal del supervisor de práctica docente: | |
| Función del supervisor de práctica docente en relación con el solicitante: | |
| Dirección del supervisor de práctica docente: | |
| Ciudad, estado y código postal del supervisor de práctica docente: | |
| Número de teléfono del supervisor de práctica docente: | |
| Dirección de correo electrónico del supervisor de práctica docente: | |
| Doy fe de la experiencia docente de esta persona y del período de tiempo indicado anteriormente: _____ (escriba sus iniciales para constatar: no escriba a máquina) | |
| Doy fe de que esta persona posee las cualidades personales necesarias para cuidar y trabajar con niños, relacionarse con adultos, relacionarse con los padres y supervisar a las personas 19a - 79-4a (c) (3), (d) (2) y 19a - 79-11 (f) (2) _____ (escriba sus iniciales para constatar: no escriba a máquina) | |
| El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con la sección 53a - 157b de los Estatutos Generales de Connecticut. | |
| Firma del supervisor (no escriba a máquina): | Fecha: |

Este formulario es válido por 30 días después de la firma del supervisor.