



Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.

PO Box 194329 San Juan, Puerto Rico 00919-4329

Tel: 787-751-2280 / 787-203-3100 / Fax: 787-754-5800

Correo Electrónico Oficina: cpcr.pr@gmail.com

Página Electrónica: <http://cpcr-pr.org>

Historial de Datos Demográficos y Profesionales del Colegido

Datos al Día ____ Mes ____ Año ____

Nombre: _____

M ____ F ____

Apellidos

Nombre

Inicial

Sexo

Núm. Licencia CER: _____

Fecha de expedición licencia CER: Día ____ Mes ____ Año ____

Núm. de Registro: _____

Fecha última re-certificación, si aplica: Día ____ Mes ____ Año ____

S.S. (Últimos cuatro números): _____ Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Lugar _____

Dirección Res.: Urb. /Bo. _____ Núm. _____

Calle: _____ Pueblo/Cuidad _____ Código postal _____

Dirección Postal si es diferente a la anterior Urb. /Bo. _____

Núm. _____ Calle _____ Pueblo/ Ciudad _____ Código postal _____

PO Box _____ Pueblo /Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Res.: (____) ____ - ____

Teléfono celular: (____) ____ - ____

Correo(s) electrónico(s): _____ ; _____

Teléfono trabajo (____) ____ - ____

Fax (____) ____ - ____

Persona contacto de no poder ser localizada en la dirección postal ofrecida:

Nombre: _____ Dirección _____

Teléfono: (____) ____ - ____

Historial Académico

Maestría ____ Doctorado ____ Consejería en Rehabilitación.

Dónde obtuvo el grado académico _____ Año _____

Favor de indicar que otros grados académicos o estudios usted posee a nivel de maestría o doctoral y especialidad.

Lugar y año _____

Indique si está realizando alguna investigación y/o ha publicado alguna.

Certificaciones profesionales o técnicas:

Historial de empleo:

Últimos tres (3) empleos, comenzando con el actual:

1. Puesto _____ Empleador _____

Tiempo con el empleador _____

2. Puesto _____ Empleador _____

Tiempo con el empleador _____

3. Puesto _____ Empleador _____

Tiempo con el empleador _____

Organizaciones profesionales a las cuales pertenece:

Qué o cuáles otras habilidades o destrezas posee, que pondría a la disposición del Colegio.

Aceptaría en algún momento aspirar para un puesto de la Junta Directiva o ser nominado o reclutado para una Comisión Si__ No__ ¿Cuál posición de la Junta le gustaría aspirar? _____

¿A cuál Comisión le gustaría pertenecer? _____

Firma _____ Fecha Día __ Mes __ Año

NOTA:

La información que se recopile en este historial es para uso oficial del Colegio. Se usará para propósitos educativos o estadísticos; no será reproducida ni facilitada a terceros; se garantiza la confidencialidad de los datos y el uso de ésta no afectará los derechos y beneficios de los colegiados.

La cuota anual del Colegio es de \$120.00. Esta se pagará a principio de cada año natural, no más tarde del 31 de enero. La excepción a esta norma es para aquellos que obtiene la licencia después del 31 de enero que empezarán a pagarán tan pronto obtengan la misma. La cuota del primer año se ajustará conforme al mes que se le otorgó la licencia.

Después del 29 de marzo de 2009 será requisito presentar evidencia de colegiación durante el proceso de renovación y registro de licencia, ya que la Ley dispone que ninguna persona que no sea miembro del Colegio pueda ejercer como Consejero en Rehabilitación.

Jlv