COLEGIO DE QUIMICOS DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE INGRESO

52 Calle Hatillo, San Juan, Puerto Rico 00919
Tel: 787-763-6070, 787-763-6076 Fax: 787-758-2615
www.cqpr1941.org

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE _____ INICIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM-DD-AA) _____

NOMBRE DEL CONYUGUE _____ DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO _____

DIRECCION _____

PUEBLO _____ PAIS _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO RESIDENCIAL _____ TELEFONO TRABAJO - EXT. _____ SEXO (M/F) _____ EDAD _____

TELEFONO ADICIONAL _____ ESTADO CIVIL _____ TOTAL DE HIJOS _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DEL FONDO DE MONTEPIO (Seguro por muerte del colegiado) _____ PARENTESCO _____

EDUCACION:	BS: _____ Universidad	MS: _____ Universidad	PhD: _____ Universidad
FECHA:	_____	_____	_____
ESPECIALIDAD:	_____ PRIMARIA	_____ SECUNDARIA	
LICENCIAS:	NUMERO	FECHA OTORGADA	FECHA EXPIRACION
QUIMICO:	_____	_____	_____
INGENIERO QUIMICO	_____	_____	_____

LUGAR DE TRABAJO _____ TELEFONO _____ FAX _____

POSICIÓN _____ DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO _____

Por la presente certifico que la información aquí suministrada es correcta y autorizo al Colegio de Químicos de Puerto Rico a verificar la misma. Entiendo que de demostrarse en cualquier fecha futura que he provisto información falsa para ser admitido al Colegio de Químicos de Puerto Rico, podré ser expulsado del mismo mediante el proceso establecido en su reglamento.

_____ Autorizo _____ No Autorizo

Al Colegio de Químicos de PR a dar mi dirección y dirección de correo electrónico a compañías auspiciadotas de conferencias y exhibiciones con el propósito de que estas me envien promociones de sus productos y servicios.

Firma _____ Fecha: _____

Nota: Acompañe esta solicitud con el pago de la cuota correspondiente y con copia fotostática de su licencia.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO DE QUIMICOS DE PUERTO RICO

_____ Aceptada _____ Denegada (Incluya Resultados de Investigación)

Secretario/Fecha _____ Tesorero/Fecha _____

Presidente/Fecha _____

Colegio de Químicos de Puerto Rico

52 Hatillo Street San Juan, PR 00919 ●Tel. 787-763-6070/6076 ● Fax 787-758-2615
Email: cqpr@cqpr1941.org ● Web page: www.cqpr1941.org

CUESTIONARIO

La información solicitada a continuación es importante para el mejoramiento del Curso de Repaso para la Reválida de Químicos, es confidencial y será utilizada para propósitos estadísticos. Agradeceremos que tome unos minutos y conteste esta encuesta.

Nombre: _____

¿Trabaja? ___ Sí ___ No ¿Dónde? ____ Academia ___Industria ___ Gobierno ___ Otro:

¿Cuántas veces tomó el examen de reválida? _____

¿Cuándo? _____

¿Cuántas partes aprobó? _____

¿Cuál (es)? _____

¿Tomó algún curso de repaso para la Reválida de Químico? _____ Sí _____ No

Si contestó **Sí** indique:

¿Cuántas veces? _____ ¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿En qué áreas se matriculó? _____

¿Qué áreas le ayudaron? _____

¿Qué áreas no le ayudaron? _____

¿Ha participado en el curso de Repaso para la Reválida de Químicos del Colegio de Químicos de Puerto Rico?

_____Sí _____ No Si contestó **Sí** indique:

¿Cuántas veces? _____ ¿Cuándo? _____

¿En qué áreas se matriculó? _____

¿Qué áreas le ayudaron? _____

¿Qué áreas no le ayudaron? _____

¿Cómo se enteró del Curso de Repaso para la Reválida del Colegio de Químicos de Puerto Rico?

___ Anuncio de Prensa ___ Compañero ___ Universidad ___ Trabajo ___Otro:_____

Sugerencias:

_____

_____

On
C: encuesta 2 reválida / 2000

Colegio de Químicos de Puerto Rico

52 Hatillo Street San Juan, PR 00919 ●Tel. 787-763-6070/6076 ● Fax 787-758-2615
Email: cqpr@cqpr1941.org ● Web page: www.cqpr1941.org

Designación de Beneficiarios del Fondo de Montepío
Ángel M. Pesquera

_____
Fecha (mes / día / año)

Yo, _____ _____ _____
(apellido, paterno, materno, nombre e inicial) **(fecha de nacimiento) (m/d/a)** **(seguro social)**

Q0-_____, instituyo como beneficiario (s), a la (s) persona (s) que dispongo a continuación:
(licencia de química)

Nombre y Apellido Beneficiarios	Fecha de nacimiento	Relación con el Declarante	Dirección Actual	% Adjudicado

Total = 100%

_____
(Firma del Colegiado)

_____
(Dirección Actual)

Testigos: Certificamos que la firma de este documento fue hecha en nuestra presencia:

_____ _____
(Nombre- letra de molde) **(Dirección Residencial)**

_____ _____
(Firma) **(Teléfono)**

_____ _____
(Nombre – letra de molde) **(Dirección Residencial)**

_____ _____
(Firma) **(Teléfono)**

Uso Exclusivo CQPR

Fecha Recibido	**Fecha Aprobado Junta de Gobierno**