



North Texas Collegiate Institute

4715 Don Drive Dallas, Texas 75247_nt.university@live.com_214-649-7746

SOLICITUD DE REVALIDACIÓN

INFORMACIÓN DEL APLICANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: Casado Soltero Separado

IGLESIA/PASTOR:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

EMPLEO:

Nombre: _____ Teléfono: _____

TRASFONDO EDUCACIONAL: (Incluya Currículo Eclesiástico, Transcritos Oficiales, Experiencia Ministerial)

Escuela/Universidad: _____ Certificado: _____

Escuela/Universidad: _____ Certificado: _____

REFERENCIAS:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

VERIFICACIÓN Y FIRMA:

Afirmo que la información contenida en esta solicitud es exacta y verdadera a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que esta información será hecha pública y necesaria para el proceso de selección.

Firma.

Fecha.