

Por favor, complete los siguientes requisitos. Escriba sus respuestas en páginas aparte.

1. Complete este formulario y envíelo al centro de Educación Clínica Pastoral (ECP) al que está solicitando ingresar. Lea las instrucciones cuidadosamente.
2. Adjunte un relato razonablemente completo de su vida. Incluya la descripción de personas y eventos importantes, especialmente si han impactado o continúan impactando su crecimiento y desarrollo personal. Describa su familia de origen, las relaciones familiares actuales y las relaciones sociales importantes y de apoyo.
3. Adjunte una descripción de su crecimiento y desarrollo espiritual. Incluya la herencia de fe en la que nació y describa cualquier conversión personal posterior, su llamado al ministerio, experiencias religiosas y personas y eventos importantes que hayan impactado o continúen impactando su crecimiento y desarrollo espiritual.
4. Adjunte una descripción de sus impresiones sobre la Educación Clínica Pastoral. Indique lo que cree o imagina que es la ECP. Indique cualquier objetivo de aprendizaje y expectativas sobre desafíos que le gustaría abordar en la ECP. Si ha tenido experiencia en la ECP anteriormente, describa algunos aspectos acerca de qué ha aprendido. Indique cómo ha seguido utilizando el método clínico desde su experiencia anterior. Indique las fortalezas y debilidades que tiene en relación con su ministerio y su identidad como persona profesional. Indique cualquier objetivo y problema de aprendizaje personal y / o profesional que tenga en este momento y cómo cree que la ECP lo ayudará a alcanzar o abordar estos problemas y objetivos de aprendizaje.
5. Debe tener una entrevista de admisión con un educador o supervisor de ECP o una persona designada por el centro.
6. La ECP requiere un costo de ingreso al programa.
7. Si es un solicitante internacional, deberá obtener la documentación correspondiente de Inmigración de Argentina. Lo que generalmente implica la gestión de pasaporte y visa. Por lo tanto, los solicitantes internacionales deben tener dicha documentación aprobada al menos seis (6) meses antes del inicio del programa al que están solicitando. Adjunte fotocopias de documentación requerida en regla.
8. Un solicitante con experiencias previas en ECP debe adjuntar todas las autoevaluaciones previas y las evaluaciones de supervisión.
9. Conserve su propia copia de esta solicitud completa y tráigala a cualquier entrevista para ECP.
10. Adjunte su currículum actualizado.

Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera, completa y presentada de manera honesta. Entiendo que puedo estar sujeto a una acción disciplinaria, incluida la revocación de la admisión o la expulsión del programa, si la información que he certificado es falsa. Por la presente doy permiso al centro ECP al que estoy solicitando acceder a mis evaluaciones de ECP y contactar al personal de supervisión anterior sobre asuntos relacionados con esta solicitud actual, y doy mi consentimiento para que aquellos contactados proporcionen la información solicitada.

Declaro que si envío esta solicitud electrónicamente constituye mi firma electrónica.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Solicitud de Ingreso – Educación Clínica Pastoral

Solicitud de ingreso a la unidad de: Verano ____ Invierno ____ Residencia de cuatro unidades ____

Información Personal

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad y Provincia: _____

País y Código Postal: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Religión: _____

Campo Eclesiástico: _____

¿Es un ministro ordenado? ____ Fecha de ordenación: _____

Universidad: _____ Título académico: _____

Fecha de graduación: _____

Estudios de posgrado realizados: _____

Universidad: _____ Título académico: _____

Fecha de graduación: _____

Universidad: _____ Título académico: _____

Fecha de graduación: _____

Unidades de ECP previas (fecha):	Centro	Supervisor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Referencias

Referente académico (Nombre/Título): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ E-mail: _____

Referente denominacional (Nombre/Título): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ E-mail: _____

Referente Personal (Nombre/Vínculo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ E-mail: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____