

UNIVERSIDAD DE TEOLOGIA LATINO AMERICANA



Regional Office
37 Wilkes St. Springfield, MA 01119
Tel: (347) 582-1494 – Fax: (413) 835-4061
e-mail: president@utla.us

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Favor de escribir a maquina o en letra de molde.

Nombre: _____

Seguro Social ____ - ____ - ____ **Número de Cédula:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____

Teléfono: Día (____) _____ **Noche:** (____) _____

Correo-Electrónico (E-mail): _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Varón** **Hembra**

Título Deseado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado en Estudio Bíblico (<i>1er Año</i>) | <input type="checkbox"/> Maestría de Consejería Cristiana (<i>M.CC.</i>) |
| <input type="checkbox"/> Asociado en Teología (<i>2do Año</i>) | <input type="checkbox"/> Doctorado en Ministerio (<i>D.Min.</i>) |
| <input type="checkbox"/> Diploma Ministerial (<i>3er Año</i>) | <input type="checkbox"/> Doctorado en Teología (<i>D.Th.</i>) |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato en Teología (<i>4to Año</i>) | <input type="checkbox"/> Doctorado en Consejería Cristiana (<i>D.CC.</i>) |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato en Consejería Cristiana | <input type="checkbox"/> Doctorado en Administración Eclesiástica (<i>D.CA.</i>) |
| <input type="checkbox"/> Maestría de Teología (<i>M.Th.</i>) | <input type="checkbox"/> Doctorado Honorífico |

Información General:

Soltero(a): **Casado(a):** **Divorciado(a):** **Viudo(a):**

¿Miembro de cuál Iglesia? _____

¿Qué posición(es) ocupa en la Iglesia? _____

Nombre del Pastor: _____

Número de Teléfono del Pastor: (____) _____

Favor de incluir la cuota de Registro de \$100.00. (Esta cuota no es reembolsable.)

Historial Académico

Escuela Superior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha de Graduación: _____

Instituto Bíblico: _____

Localidad: _____ Fecha de Graduación: _____

¿Cuántos Años? _____

Colegio o Universidad: _____

Localidad: _____ Fecha de Graduación: _____

Título Otorgado: _____

Colegio o Universidad: _____

Localidad: _____ Fecha de Graduación: _____

Título Otorgado: _____

Referencias

Favor de proveer nombre, dirección y número de teléfono de tres personas de su iglesia, trabajo o amistades.

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Zona: _____

Zona: _____

Tel: (_____) _____

Tel: (_____) _____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Zona: _____

Tel: (_____) _____

Firma: _____ Fecha: _____

~ Renuncia de Responsabilidad ~

Al momento de firmar esta aplicación, he sido informado que el título que recibiré una vez haya reunido todos los requisitos académicos y financieros de La Universidad de Teología Latino Americana, será en Teología u otra área eclesiástica. La Universidad de Teología Latino Americana no me ha indicado de otra forma ni ningún representante de la universidad ha hecho promesas de aceptación de créditos por otras universidades, ni de empleo.