



## **AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIANTE / EGRESADO**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al personal de Dewey University, con el propósito de mantener actualizados mis datos luego de cesar mis estudios con esa Institución, a solicitar a otras instituciones, empresas, entidades o personas información sobre mí, incluyendo situación de empleo, estudios posteriores o circunstancias que puedan haber impedido la obtención de un empleo o la continuación de estudios. De esta forma, las instituciones, empresas, entidades o personas a las que se les solicita la información descrita, estarían autorizadas a suministrar la misma al personal de Dewey University.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Coordinador Oficina de Colocaciones o Representante de DU**

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(m/d/a)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(m/d/a)

---

\*\*El documento a completar como parte del expediente del egresado y para cumplir a su vez con los requerimientos de validación de data para las agencias acreditadoras de la institución.



**OFICINA DE COLOCACIONES**

**HOJA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

(Llenar en letra de molde)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **Número estudiante -** \_\_\_\_\_  
(Incluir dos apellidos)

**PROGRAMA DE ESTUDIO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Programa Solicita **GRADUACIÓN** o se **GRADUARÁ**) (Concentración)  
 Certificado  Asociado  Universitario  Maestría

**SECCION:** Diurno \_\_\_ Nocturno \_\_\_ Fin de Semana \_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**DIRECCION FISICA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIRECCION POSTAL** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TELEFONOS:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Identificar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**TIENE ALGUNA FORMA DE TRANSPORTE:** ( ) Si / ( ) No

**PREPARACION ACADEMICA PREVIA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Identificar donde: Colegio Universidad) Año  
( ) Escuela Superior ( ) Certificado ( ) Asociado ( ) Bachillerato ( ) Maestría

\*\* Concentración o área: \_\_\_\_\_

**Areas geográficas donde aceptaría empleo:** \_\_\_ Area Metro \_\_\_ Area Norte \_\_\_ Area Sur  
\_\_\_ Area Este \_\_\_ Area Oeste \_\_\_ En cualquier parte \_\_\_ Solo en ciertos municipios

**Especifique:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna limitación en cuanto al horario o días de trabajo?** ( ) Si ( ) No  
**Al momento de completar esta hoja, ¿usted tiene trabajo?** ( ) Si ( ) No  
**Su trabajo, ¿está relacionado a su área de estudio?** ( ) Si ( ) No

**Nombre Empresa:** \_\_\_\_\_  
**Puesto:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Supervisor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de comienzo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Funciones** \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ **trabajo:** \_\_\_\_\_

**Comentarios adicionales:** ( ) fue ascendido ( ) comenzó otra posición ( ) cambio de supervisor  
Indicar tareas relacionadas con su programa de estudio (si aplica)

( ) **Intereso ayuda para conseguir empleo** ( ) **No intereso ayuda para conseguir empleo.**

**Conocimientos de Inglés:** Excelente \_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_  
(Escala de 1 -10) (9-10) (7-8) (5-6) (4 o menos)

**Manejo de Aplicaciones:** Word ( ) Si ( ) No Excel ( ) Si ( ) No Power Point ( ) Si ( ) No  
Publisher ( ) Si ( ) No Peachtree ( ) Si ( ) No Otros \_\_\_\_\_

**Documentos que tiene:** Identificación con foto \_\_ Seguro Social \_\_ Certificado de Salud \_\_  
Certificado Buena Conducta \_\_ Resume \_\_\_\_

¿Posee licencia para ejercer su profesión? ( ) Si ( ) No ( ) No aplica  
Indique \_\_\_\_\_

¿Posee Licencia provisional? ( ) Si ( ) No ( ) No aplica

¿Solicitó la licencia Provisional? ( ) Si ( ) No ( ) No aplica **Fecha -** \_\_\_\_\_

¿Cuándo estima que estará solicitando el examen de reválida? \_\_\_\_\_

**Sugerencias para mejorar el programa** \_\_\_\_\_

**Talleres que interesarías** \_\_\_\_\_

**Firma estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_