|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad de Puerto Rico**Recinto Universitario de Mayagüez****Decanato de Asuntos Académicos*****Oficina de Estudios Graduados***Call Box 9000Mayagüez, Puerto Rico 00681-9000 |  | University of Puerto Rico**Mayagüez Campus****Dean of Academic Affairs*****Office of Graduate Studies***Call Box 9000 Mayagüez, Puerto Rico 00681-9000 |
| OEG: agosto 2016 |

**Certificado de horas de adiestramiento de ayudantes graduados**

1. **Datos del ayudante graduado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos      | Nombre      | Inicial      | Número de estudiante |
| Departamento/Programa      | Grado al que aspira (MA, MS, PhD, etc.)      | Semestre/año de admisión[ ]  agosto, 20      [ ]  enero, 20      |
| Semestre/año de primera ayudantía graduada\*[ ]  agosto, 20      [ ]  enero, 20      | Semestre/año de segunda ayudantía graduada\*[ ]  agosto, 20      [ ]  enero, 20      |
| Tipo de primera ayudantía (marque todas las que apliquen)[ ]  Cátedra [ ]  Investigación [ ]  Servicio | Tipo de segunda ayudantía (marque todas las que apliquen)[ ]  Cátedra [ ]  Investigación [ ]  Servicio |
| \*Para efectos de este certificado no se tomarán en cuenta las ayudantías de verano. |

1. **Actividades de adiestramiento completadas por el ayudante graduado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Talleres certificados por el **Centro de Enriquecimiento Profesional** de UPRM
 | Total de horas **CEP aprobadas** por Coordinador Graduado o equivalente      | Favor anejar evidencia impresa obtenida a través de “mi portal”                     |
| 1. Otros adiestramientos aprobados por Coordinador Graduado o equivalente

*(Puede añadir renglones u hojas adicionales)* | Total de horas de la actividad #1:      | Título de actividad #1:     Fecha y lugar de la actividad #1:            |
| Total de horas de la actividad #2:      | Título de actividad #2:     Fecha y lugar de la actividad #2:            |
| Total de horas de la actividad #3:      | Título de actividad #3:     Fecha y lugar de la actividad #3:            |
| Total de horas de la actividad #4:      | Título de actividad #4:     Fecha y lugar de la actividad #4:            |
|  **Total de horas:**       |

1. **Aprobación de Coordinador del Programa Graduado o su equivalente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| El ayudante graduado cumplió con los requisitos de elegibilidad estipulados en el inciso 4.4 de la Certificación 05-62.[ ]  Sí [ ]  No | Nombre de Coordinador Graduado o equivalente | Firma Fecha:  |