|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad de Puerto Rico  **Recinto Universitario de Mayagüez**  **Decanato de Asuntos Académicos**  ***Oficina de Estudios Graduados***  Call Box 9000  Mayagüez, 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: |