

# SOLICITUD DE APROBACIÓN DE PROFESORES

**FOTO  
4X4**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección, Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Año de Bautismo en las Aguas: \_\_\_\_\_ Año de Bautismo en el Espíritu Santo: \_\_\_\_\_

Último grado, curso o año de estudios seculares cursados: \_\_\_\_\_ correspondiente  
a primario - secundario - terciario - universitario (*tachar lo que no corresponda*).

Especialidad, título o profesión: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS TEOLOGICOS** (*Deberá adjuntarse fotocopia de analítico de estudios teológicos y secundarios*)

Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*calle número Cód. Postal Localidad Provincia*

Nombre del Director: \_\_\_\_\_

Cantidad de años cursados: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*calle número Cód. Postal Localidad Provincia*

Nombre del Director: \_\_\_\_\_

Cantidad de años cursados: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

**Institución:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
*calle número Cód. Postal Localidad Provincia*

**Nombre del Director:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de años cursados:** \_\_\_\_\_ **Fecha de graduación:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_

**CURRICULUM MINISTERIAL Y DOCENTE**

**Ministerio desempeñado:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_ **Motivos del cese:** \_\_\_\_\_

**Ministerio desempeñado:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_ **Motivos del cese:** \_\_\_\_\_

**Ministerio desempeñado:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_ **Motivos del cese:** \_\_\_\_\_

**Ministerio desempeñado:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_ **Motivos del cese:** \_\_\_\_\_

**Ministerio desempeñado:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_ **Motivos del cese:** \_\_\_\_\_

**Denominación - Organización a la que pertenece:** \_\_\_\_\_

**Credencial:** \_\_\_\_\_ **Otorgada Año:** \_\_\_\_\_

**IBE 2**

Nombre de su Pastor (si Ud. no lo es): \_\_\_\_\_

Nombre de su Presbítero (si Ud. pertenece a la UAD): \_\_\_\_\_

Nombre de su autoridad inmediata (si Ud. no pertenece a la UAD): \_\_\_\_\_

Nombre del Director del IBE que lo recomienda: \_\_\_\_\_

En mi carácter de Pastor del / la Hno./a \_\_\_\_\_  
le autorizo a enseñar en los Institutos Bíblicos Externos, comprometiéndome a informar al Subdepartamento sobre cualquier situación o cambio que pudiera afectar a su ministerio.

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello del Pastor del Profesor*

En mi carácter de Presbítero del / la Hno./a \_\_\_\_\_  
le autorizo a enseñar en los Institutos Bíblicos Externos, comprometiéndome a informar al Subdepartamento sobre cualquier situación o cambio que pudiera afectar a su ministerio.

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello del Presbítero del Profesor*

En mi carácter de Director del IBE \_\_\_\_\_  
recomiendo a \_\_\_\_\_  
para enseñar en los Institutos Bíblicos Externos, comprometiéndome a informar al Subdepartamento sobre cualquier situación o cambio que pudiera afectar a su ministerio.

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello del Director del IBE*

Como profesor de IBE me comprometo a cumplir con todas las reglamentaciones y principios éticos, ministeriales, académicos y doctrinales que hacen a la capacitación de los obreros cristianos.

\_\_\_\_\_  
*Lugar y fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Profesor*

**ESPACIO RESERVADO PARA LA COMISIÓN NACIONAL:**

*Se aprueba que el / la Hno/a de referencia ejerza la docencia cristiana en los IBE bajo las siguientes observaciones:*

---

---

---

---

---

---

*Nivel académico:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*DIRECTOR NACIONAL*

\_\_\_\_\_  
*SECRETARIO NACIONAL*