

**APLICACIÓN
DISCÍPULOS DE CRISTO
PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA MINISTERIO LAICO**

Favor de usar bolígrafo con tinta negra o escribir a maquina

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____

Número, Nombre de Calle y Número de apartamento (si aplica)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de teléfono: (_____) _____ (_____) _____
De Casa Celular

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento: _____
Mes Día Año Estado País

Estado Civil: (Indique con X)

____ Soltero(a) ____ Casado(a) Apellido de Soltera _____

____ Separado(a) ____ Vuelto a casar Nombre de Conyugue _____

____ Viudo(a) ____ Divorciado(a)

INFORMACIÓN SACRAMENTAL (Se requiere Certificado reciente de la parroquia donde recibió sacramento)

Bautismo: _____
Fecha Parroquia Ciudad Estado País

Confirmación: _____
Fecha Parroquia Ciudad Estado País

Matrimonio: _____
Fecha Parroquia Ciudad Estado País

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN RELIGIOSA

¿Cuántos años de catequesis tomo cuando niño(a) o joven? _____

¿Ha participado en retiros u otras experiencias religiosas como adulto(a)? ____ Sí, ____ No
Describalo(s) si contesto sí.

INFORMACIÓN EDUCATIVA

Nivel de educación que ha terminado: (Indique con X)

____ Primaria ____ Secundaria ____ Preparatoria ____ Universidad ____ Escuela Técnica

¿En qué país(es) recibió su educación? _____

INFORMACIÓN PARROQUIAL

Nombre de la Parroquia a que pertenece _____ Ciudad de la parroquia _____

¿Es miembro registrado de la Parroquia? ____ Sí, ____ No

EXPERIENCIA MINISTERIAL (Favor de comenzar con la más reciente)

Ministerio	Lugar/Parroquia	Años de Ministerio
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ASISTIÓ A SESIÓN DE VIRTUS REQUERIDO POR LA DIÓCESIS: ___Sí ___No

EXPERIENCIA LABORAL: (Las más reciente)

Título de Ocupación	Compañía/Empresa	Años Laborales
_____	_____	_____
_____	_____	_____

REFERENCIAS

Anote dos personas diferentes que lo conozcan a usted (no familiares).

1. _____ (_____) _____
Nombre y Apellido Número Telefónico Años de Conocerlo(a)
2. _____ (_____) _____
Nombre y Apellido Número Telefónico Años de Conocerlo(a)

Brevemente describa la razón para la cual le interesa participar en este programa:

La información en este documento es verdadera y completa. Otorgo permiso para que se compruebe.

_____ Firma _____ Fecha

Favor de regresa formulario a;

**Diocese of Green Bay
Attn: Sr. Jane Riha
PO Box 23825
Green Bay, WI 54305-3825**