



# Programa Piloto del Condado de Alameda Verificación de Escuela o Entrenamiento (01/17)

AGENCIA:

4Cs of Alameda County 8105 Edgewater Drive Suite 270, Oakland CA 94621

Por favor escriba la información a mano o a máquina. Asegúrese de que todas las secciones estén completadas.

### INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

NOMBRE DE PADRE/TUTOR		NÚMERO DE TELÉFONO (      )	
DOMICILIO		CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	
METAS PROFESIONALES O VOCACIONALES (ejemplos: Ser Enfermera Registrada. Ser Asistente Administrativo)			
<input type="checkbox"/> Estoy solicitando tiempo de estudio. <input type="checkbox"/> Estoy solicitando tiempo de viaje.		Fecha de Finalización Anticipada: _____	

### INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN/ENTRENAMIENTO

NOMBRE DE ESCUELA U ORGANIZACIÓN DONDE SE RECIBE LA EDUCACIÓN/ENTRENAMIENTO		NÚMERO DE TELÉFONO (      )	
DOMICILIO		CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	

### HORARIO

Adjunto está el formulario de los cursos del padre/tutor de la escuela/instituto de entrenamiento. El *formulario impreso tiene que incluir el nombre del padre/tutor, agenda de clases, unidades, fechas del semestre*. La Oficina del Secretario no requiere ninguna firma ni estampilla.

O

Abajo está la agenda de clases del padre/tutor **CON firma y estampilla de la Oficina del Secretario**.

Agenda de Clases

	DÍA	HORA	NO. DE SALÓN	NOMBRE DE CURSO	UNIDADES
1.					
2.					
3.					
4.					

FIRMA Y ESTAMPILLA DEL SECRETARIO DE LA ESCUELA/INSTITUTO DE ENTRENAMIENTO

FECHA

### FIRMA DEL PADRE/TUTOR

La agencia tiene permiso de comunicarse con mi escuela/instituto de entrenamiento para verificar la información en este formulario. Adicionalmente, certifico que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA EL USO DEL PERSONAL** (vea el Título 5, §18087(a-b(1-5)))