Arquidiócesis de Washington

***Formulario de solicitud de sacerdote externo***

Fecha

* **Información básica** *(Por favor, escriba a máquina o con letra de molde)*

## Nombre:

*Apellido Nombre de pila Segundo nombre*

## Residencia en Arquidiócesis de Washington:

*Residencia Número y calle*

*Ciudad Estado Código postal*

( ) ( )

*Teléfono diurno Teléfono celular*

*Nº de Seguro Social Correo electrónico*

*SI NO ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS, fecha en que entró al país*: Fecha de llegada a la Arquidiócesis de Washington: Razones para estar o venir a la Arquidiócesis de Washington *(Por favor, sea específico y dé una respuesta completa.)*

## Por favor indique el tipo de colocación o ministerio que solicita:

* + Asistencia con Misas y Confesiones a cambio de alojamiento y alimentación mientras tomo clases en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Asistencia ocasional o regular (p. ej., fin de semana) con Misas y Confesiones s*in residencia en una casa parroquial.* Por favor especifique lugar(es) de ministerio:
  + Otro tipo (por favor, especifique):

¿Experiencia parroquial? ¿Cuánto tiempo?

Cargos administrativos desempeñados:

¿Cuánto tiempo planea permanecer en la Arquidiócesis de Washington? Fecha en que regresará a su propia Diócesis u Orden: ¿Tiene aprobación de su Ordinario o Superior para venir con este fin?

# Datos personales del solicitante

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

Ciudadanía Si usted no es ciudadano de los EE.UU, ¿tiene

permiso legal para trabajar en los Estados Unidos?

*(Por favor, presente la documentación requerida por ley en cuanto a visa y estatus migratorio.)*

Idiomas que habla:

(1) Lengua materna:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (2)  **Fluido** | * **Promedio** | * **Pocoso** |
| (3)  **Fluido** | * **Promedio** | * **Pocoso** |
| (4)  **Fluido** | * **Promedio** | * **Pocore** |
| ¿Habla bien el inglés?  **Fluido** | * **Promedio** | * **Pocore** |

¿Aptitudes especiales, certificaciones o licencias? *Por favor enumere o describa:*

(1)

(2)

(3)

¿Tiene alguna condición médica, física o de otro tipo que pueda afectar su desempeño como sacerdote o su situación de vida?  Sí  No

*En caso afirmativo, por favor explique:*

¿Ha participado en un programa de protección de menores en su diócesis u orden?  Sí  No En caso afirmativo ¿qué programa?

¿Se le han tomado sus huellas dactilares y ha completado una verificación de antecedentes penales?  Sí  No

# Información canónica

## Fecha de ordenación:

**Diócesis de incardinación u orden religiosa:**

***Ordinario o Superior religioso:***

## Nombre:

*Apellido Nombre de pila Segundo nombre*

## Dirección:

*Ciudad Estado/Provincia País Código postal*

( )

*Teléfono diurno*

## Última asignación:

**Dirección:**

*Ciudad Estado/Provincia País Código postal*

( )

*Teléfono diurno*

## Párroco o Superior:

( )

*Teléfono diurno*

# Información académica

## Seminario al que asistió:

*Ciudad Estado/Provincia País Código postal*

## Universidad:

*Ciudad Estado/Provincia País Código postal*

**Institución Grado obtenido Año conferido**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Certificación del solicitante

**Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Cuento con la aprobación de mi Ordinario o Superior para venir a la *Arquidiócesis de Washington* para el o los fines específicos indicados en esta solicitud. Por este medio doy permiso a la *Arquidiócesis de Washington* para verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud y autorizo a mis empleadores anteriores y actuales u otras organizaciones para permitir el acceso a todos los registros e informaciones que sean pertinentes.**

*Firma Fecha*

***Por favor remita este formulario a:***

Clergy Office

Archdiocesan Pastoral Center

P.O. Box 29260

Washington D.C. 20017-0260