



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA

PERFIL DE PREPARACION Y/O EXPERIENCIA DEL CONFERENCIANTE

1. Nombre del Conferenciante: _____

Dirección Postal _____ Teléfono _____

_____ Fax _____

_____ E-Mail _____

Ciudad Estado Zip-Code

2. ¿Es usted funcionario o empleado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o de cualquiera de sus dependencias? Si { } No { }. En caso afirmativo, ¿Dónde?_____.

3. ¿Ha sido usted convicto de algún delito grave?

4. ¿Ha sido usted declarado no competente ni confiable anteriormente por la Oficina del Comisionado de Seguros? Si { } No { }

TRASFONDO ACADEMICO (NO ENVIE RESUME)¹

5. Indique si tiene alguna designación profesional tal como, CLU, CPCU, LUTCF, Etc.:

Designación	Organización que emite la designación	Fecha M-D-A
A. _____	_____	_____
B. _____	_____	_____
C. _____	_____	_____
D. _____	_____	_____
E. _____	_____	_____

¹ Someta toda la evidencia que acredita la información brindada.

5. Marque { } aquella preparación que aplica en su caso:

- A. { } Cinco años o más como Productor de seguros. Indique el número de licencia_____.
- B. { } Tengo licencia como Consultor de seguros. Indique el número de licencia_____.
- C. { } Tengo un Bachillerato con especialización en el campo de los seguros y por lo menos dos años de experiencia como Productor de seguros. Indique el número de licencia_____.
- D. { } Tengo una maestría en el campo de los seguros y por lo menos un (1) año como profesor en cursos de seguros.
- E. { } Tengo un Bachillerato con especialización en el campo de los seguros y por lo menos dos (2) años de experiencia como profesor en cursos de seguros, en alguna Institución Educativa.
- F. { } Tengo una maestría y por lo menos un año como profesor en cursos de seguros en una Institución Educativa, según se define ésta en la Regla LII.
- G. { } Tengo un Juris-Doctor.

BAJO JURAMENTO DECLARO

Que me llamo como queda dicho anteriormente y que mis circunstancias personales son la que anteriormente quedan expresadas; que toda la información contenida en este formulario es cierta y verdadera y la misma me consta de propio y personal conocimiento.

Que autorizo a la Oficina del Comisionado de Seguros y a la Institución Educativa por la cual fui contratado, a realizar toda aquella investigación que estime pertinente para corroborar la veracidad de los datos contenidos en el presente documento.

Que estoy consciente de que la omisión o falsedad de un dato incluido en el presente formulario podrá ser causa suficiente para cancelar, denegar, o revocar mi autorización para dictar cursos al amparo de la Regla LII, además de poder ser procesado por el delito de perjurio por la autoridad correspondiente.

En _____, Puerto Rico a ____de _____ de_____.

Firma del declarante

AFFIDAVIT NUM. _____

Jurada y suscrita ante mí la precedente declaración por _____ de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de conocer personalmente, o por no conocer personalmente, a identificar mediante: _____.

En _____, Puerto Rico a ____de _____ de_____.

Notario Público