

**A3 CREC/AAPPR – APROBACIÓN DE CURSO A SOLICITUD DE UN PROFESIONAL**

Este formulario debe ser llenado por el profesional que haya tomado previamente un curso y desee su acreditación. El mismo deberá ser tramitado a la Comisión Revisora de Educación Continua no más tarde de 12 meses después de la fecha en que tomó el curso.

**INFORMACIÓN DEL CURSO**

Nombre del Profesional:	Lic. <input type="checkbox"/>	Teléfono del Profesional:
	Cert. <input type="checkbox"/>	
	Número	
Correo electrónico:	Nombre del Proveedor:	
Título del Curso:	Fecha del Curso:	

**HORAS DE CONTACTO: SALUD/SEGURIDAD/BIENESTAR (HSW):  SI  NO**

Indique las horas de contacto que se dedicaron a aprendizaje directo solamente, No se permite incluir en este tiempo el dedicado a registro, recepciones, comidas, recesos, ni presentaciones o demostraciones de productos. El tiempo mínimo es de 1 hora; añada .25 por cada cuarto de hora adicional. Para determinar si el curso cumplió con los requisitos de salud/seguridad/bienestar (HSW), llene el cuestionario al dorso de este formulario

**DESCRIPCIÓN DEL CURSO**

El curso debe haber tenido por lo menos un objetivo educativo relacionado con la práctica de la Arquitectura o la Arquitectura Paisajista. La descripción del curso debe indicar de forma clara los objetivos educativos del mismo. Debe responder a la pregunta: ¿Qué conocimiento o destreza nueva adquirí al participar en este curso?

.....

**IMPORTANTE:** Acompañe copia de todo material promocional que fue utilizado para anunciar el curso, la información del Instructor, así como de todo material impreso que se repartió durante el mismo, más una copia del **CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN** expedido por el proveedor. En el caso de cursos ofrecidos por Entidades Afiliadas, sólo necesitará acompañar el Certificado de Participación o la Transcripción de Créditos expedida por dicha Entidad.

**RECURSOS UTILIZADOS**

Recursos Humanos – Instructor (es)		Material (es):	
<input type="checkbox"/> Profesional Experto	<input type="checkbox"/> Profesor de Facultad	<input type="checkbox"/> Presentación Audiovisual	<input type="checkbox"/> Muestras de Productos
<input type="checkbox"/> Representante Industria	<input type="checkbox"/> Técnico Especialista	<input type="checkbox"/> Manuales o Libros	<input type="checkbox"/> Ejercicios Impresos
<input type="checkbox"/> Otro (s)		<input type="checkbox"/> Otro (s)	

Nombre de los Instructores:

**MÉTODOS DE ENSEÑANZA:**

- Pasiva: El asistente no participa activamente. Conferencias, charlas, paneles de discusión.
- Interactivo: Los asistentes participan en la discusión activamente. Conversatorios, mesas redondas, excursiones.
- A distancia: El Instructor y el participante no coinciden en lugar o tiempo. Curso por computadoras, correspondencia, video o audio.
- Otro (s)

## DETERMINACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS DE SALUD/SEGURIDAD/BIENESTAR (HSW)

Refiérase a la Sección 5.05 del Reglamento Interno de la Comisión Revisora para los Requisitos de Especialidad de Arquitectos y Arquitectos Paisajistas. Indique las categorías que aplican a su solicitud:

### COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS

- Estudio de códigos, leyes y reglamentos relacionados con la práctica profesional.
- Temas de conservación ambiental.
- Competencia en diseño, estudios dentro de la planificación, ingeniería, ciencia de construcción.
- Aspectos legales de contratos, documentos, seguros, finanzas y administración de construcción.
- Temas especializados, como preservación, adaptación de usos, tipología de edificios.
- Documentación y servicios relacionados con proyectos de construcción.
- Materiales y métodos de construcción.
- Sistemas de ventilación, aire acondicionado, plomería, electricidad, seguridad, comunicaciones.
- Tecnología estructural.
- Eficiencia energética.
- Iluminación, acústica, prevención de incendios.
- Nuevas destrezas profesionales y técnicas inherentes a la práctica de la profesión.
- Gerencia de proyectos.
- Otros:

¿Este programa cumplió con los requisitos de Salud/Seguridad/Bienestar (HSW)  SI  NO

LISTA DE ANEJOS SOMETIDOS:

- 1.
- 2.
- 3.

### CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL:

La información aquí sometidas y los documentos que se acompañan son, en mi mejor conocimiento y entendimiento, correctos y completos.

Nombre del Profesional

Firma del Profesional

Fecha de la Solicitud

Este y todos los documentos relacionados con los Cursos de Educación Continua deberán mantenerse en los expedientes del profesional por un término de cinco (5) años.

### EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN:

Aprobado:      horas contacto, HSW:  Sí  No       Desaprobado  Referido a Comisión

Comentarios:

Firma Coordinador(a):

Fecha:

### CASOS DE ACREDITACIÓN REFERIDOS A LA COMISIÓN

En su reunion del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, la Comisión Revisora determinó conceder \_\_\_\_\_ horas contacto  
en las actividades de educación continua objeto de esta solicitud

Firma Secretario (a)

Fecha: