

Anexo E: Lista de Verificación de las Sesiones tutorizadas

Se requieren 20 sesiones. Las sesiones tutorizadas tienen que espaciarse uniformemente durante un periodo de tres a cinco años con un mínimo obligatorio de tres sesiones por cada año de capacitación.

Nombre del profesional que solicita certificación: _____

Nombre, denominación y número de identificación LSLS del Mentor LSLS:

Primer año de tutoría (tipo de actividad: en directo o mediante vídeo u otra tecnología)	Fechas (MM/DD/AAAA)	Número de Horas	Iniciales del Mentor
Suma total de horas del primer año, al menos tienen que ser 3 sesiones =			

Segundo año de tutoría (tipo de actividad: en directo o mediante vídeo u otra tecnología)	Fechas (MM/DD/AAAA)	Número de Horas	Iniciales del Mentor
Suma total de horas del segundo año, al menos tienen que ser 3 sesiones =			

Tercer año de tutoría (tipo de actividad: en directo o mediante vídeo u otra tecnología)	Fechas (MM/DD/AAAA)	Número de Horas	Iniciales del Mentor
Suma total de horas del tercer año, al menos tienen que ser 3 sesiones =			

Cuarto año de tutoría (tipo de actividad: en directo o mediante vídeo u otra tecnología)	Fechas (MM/DD/AAAA)	Número de Horas	Iniciales del Mentor
Suma total de horas del cuarto año, al menos tienen que ser 3 sesiones =			

Anexo E (2ª página)

Quinto año de tutoría (tipo de actividad: en directo o mediante vídeo u otra tecnología)	Fechas (MM/DD/AAAA)	Número de Horas	Iniciales del Mentor
Suma total de horas del quinto año, al menos tienen que ser 3 sesiones =			

Suma total de todas las sesiones de los años de capacitación: _____

(La suma total de sesiones tiene que ser al menos 20)

Fecha de la primera tutoría (la primera sesión tutorizada documentada en este formulario): _____

Fecha de la última sesión de tutoría (última sesión tutorizada documentada en este formulario): _____

El periodo de tiempo entre las dos fechas anteriores tiene que ser de al menos 36 meses (3 años)

Doy fe de que la información divulgada en este formulario es correcta, precisa, y completa y creada en buena fe. Comprendo que la Academia se reserva el derecho a verificar la información en esta aplicación y que cualquier pedazo de información incorrecto o engañoso puede constituir motivo del rechazo de la aplicación del profesional solicitando certificación o revocación de mi certificado.

FIRMAS REQUERIDAS:

Profesional que solicita certificación: _____ Fecha: _____

Mentor LSLS: _____ Fecha: _____