**La Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC), a través de su Secretaría de Educación, anuncia la apertura de inscripciones para el curso:**

**Curso de Matemática con Sugerencias Didácticas para personas con discapacidad visual**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Por favor, complete el siguiente formulario con los datos solicitados. Los indicados con (\*) son obligatorios.

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Apellidos (\*) |  |
| Nombres (\*) |  |
| País de residencia (\*) |  |
| Ciudad de residencia (\*) |  |
| Correo electrónico (\*) |  |
| Usuario de Skype |  |
| Condición visual (\*) | Ciego |  | Baja visión |  | Normal  |
| **FORMACIÓN Y EXPERIENCIA** |
| Institución donde se desempeña (\*) |  |
| Cargo (\*) |  |
| Título obtenido (\*) |  |
| Institución (\*) |  |
| Cursos realizados (\*)Relacionados con el tema del curso.Agregue tantas filas como sea necesario |  |
| Cantidad de alumnos con discapacidad visual que atiende (\*) |  |
| **SISTEMA BRAILLE** |
| ¿Conoce el braille? (\*) | **Si** |  | **No** |  |
| Considera que lo ¿domina? (\*) | **Si** |  | **No** |  |
| ¿Conoce la notación matemática braille? (\*) | **Si** |  | **No** |  |
| ¿Considera que la domina? (\*) | **Si** |  | **No** |  |
| **¿Conoce programas informáticos para el estudio de la matemática para ciegos? (\*)** | **Si** |  | **No** |  |

**Envíe el presente formulario completo junto con:**

* **Carta compromiso.**
* **Aval de una institución estatal o privada.**
* **Curriculum vitae.**

**Se recibirán postulaciones en el correo** **ulac@ulacdigital.org** **hasta el 31 de agosto de 2016.**