**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**](mailto:ulac@ulacdigital.org) **hasta el 31 de agosto de 2016.**