UNION DE LAS ASAMBLEAS DE DIOS

Formulario CRE 4

SOLICITUD DE CREDENCIALES

FOTO

NOTA: *Para que su solicitud pueda ser considerada, es necesario contestar todas las preguntas*

1. APELLIDO Y NOMBRE:

2. DIRECCIÓN: CALLE N° BARRIO:

LOCALIDAD: C.P. PROVINCIA: TELÉFONO:

TELÉFONO CELULAR: E-MAIL:

3. FECHA DE NACIMIENTO: / / SI ES ARGENTINO POR OPCIÓN, INDIQUE A PARTIR DE QUÉ FECHA: / /

4. DNI: CI: LE:

LC: PASAPORTE N°:

5. ESTADO CIVIL: SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ CASADO 2° NUPCIAS ☐

NOMBRE Y APELLIDO DE SU CÓNYUGE:

6. ¿HA TENIDO UD. UNA EXPERIENCIA REAL DEL BAUTISMO EN EL ESPÍRITU SANTO CON SEÑAL DE HABLAR EN NUEVAS LENGUAS,

SEGÚN HECHOS 2:4? SI ☐ NO ☐ *FECHAS:* CONVERSIÓN AL EVANGELIO: / /

BAUTISMO EN AGUAS: / / BAUTISMO EN EL ESPÍRITU SANTO: / /

7. ¿CUÁL ES SU MINISTERIO ESPECÍFICO? PASTOR: SI ☐ NO ☐ MAESTRO: SI ☐ NO ☐

EVANGELISTA: SI ☐ NO ☐ MISIONERO: SI ☐ NO ☐ OTRO/S:

8. ¿QUÉ ESTUDIOS SECULARES HA CURSADO? (Indicar último año o grado aprobado):

PRIMARIOS: SECUNDARIOS: UNIVERSITARIOS:

9. ¿QUÉ ESTUDIOS TEOLÓGICOS HA CURSADO? (Nombre del Instituto o Seminario):

¿CUÁNTOS AÑOS? AÑO DE GRADUACIÓN:

¿OTROS ESTUDIOS? (Dar detalles):

10. ¿CUÁNTO DE SU TIEMPO DEDICA AL MINISTERIO?

11. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO ACTIVO EN EL MINISTERIO?

12. ¿CUÁL ES SU MINISTERIO ACTUALMENTE?

13. ¿ESTÁ O ESTUVO AFILIADO CON OTRA ORGANIZACIÓN? SI ☐ NO ☐

NOMBRE DE LA MISMA:

¿TIENE O TENÍA CREDENCIALES? SI ☐ NO ☐ (En caso afirmativo adjunte fotocopia a la presente solicitud)

¿POR QUÉ SE SEPARÓ DE ESA ORGANIZACIÓN?

14. ¿CONOCE, ACEPTA Y APRUEBA TODAS LAS DOCTRINAS BÍBLICAS SOSTENIDAS Y ENSEÑADAS

POR LA UNIÓN DE LAS ASAMBLEAS DE DIOS? SI ☐ NO ☐

15. ¿PROMETE UD. ANTE DIOS, FIDELIDAD EN EL COMPROMISO DE SUS DIEZMOS? SI ☐ NO ☐

CONTINÚA AL DORSO ▶

16. SI POR CUALQUIER COSA UD. ADOPTARA IDEAS CONTRARIAS A ESTA ORGANIZACIÓN Y DOCTRINA, PROMETE COMUNICAR SU ACTITUD A LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL ANTES DE TOMAR UNA INICIATIVA SOBRE ESE PARTICULAR? SI ☐ NO ☐

17. EN CASO DE NO MEDIAR UN ENTENDIMIENTO ENTRE UD. Y LA ORGANIZACIÓN, PROMETE SEPARARSE DE ÉSTA ANTES DE OCASIONAR DAÑO PRODUCIR DISENSIÓN EN SU SENO DEVOLVIENDO SUS CREDENCIALES? SI ☐ NO ☐

18. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE CUATRO PERSONAS QUE GARANTICEN SUS DATOS, A QUIENES ENVIAREMOS CUESTIONARIOS DE REFERENCIAS:

1. SU PASTOR: NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____
2. UN ANCIANO Y/O DIÁCONO: NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____
3. SU CÓNYUGE: NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____

LUGAR Y FECHA: _____ ____/____/____

ADJUNTO LA SUMA DE _____ PESOS, PARA TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS CON EL TRÁMITE DE OTORGAMIENTO DE CREDENCIALES (Comuníquese con la Sede Central para averiguar la cantidad que debe enviar).

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ ACLARACIÓN _____

FIRMA DE SU PASTOR, SI UD. NO ES _____ ACLARACIÓN _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA UAD

RECIBE LA CREDENCIAL DE _____ FECHA ____/____/____

FIRMA SECRETARIO REGIONAL _____ FIRMA PRESIDENTE REGIONAL _____

UAD | Rivadavia 4160 - C.P. C1205AAO - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina - Tel/fax: (011) 4981 1979 / 2588 - info@uad.org.ar - www.uad.org.ar