



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS TEACHING EXPERIENCE VERIFICATION

M-DCPS Employee # (if known)

CANDIDATE: COMPLETE THIS SECTION AND SEND TO EACH EMPLOYER FROM WHOM YOU ARE REQUESTING EXPERIENCE.

| | |
|--|--|
| <p>_____ (Name of Former School/Institution)</p> <p>_____ (Address)</p> <p>_____ (City) (State/Country) (Zip Code)</p> | <p>RETURN ORIGINALS (NO COPIES/FAXES)</p> <p>TO : MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS</p> <p>Compensation Administration 1500 Biscayne Boulevard, Suite 140 Miami, FL 33132</p> |
|--|--|

EMPLOYEE NAME: _____, SSN _____, has been employed by Miami-Dade County Public Schools, Miami, Florida.

Anticipated assignment with Miami-Dade County Public Schools (e.g., Fifth Grade Teacher, Language Arts Teacher, Science Teacher, etc.): _____.

TO BE COMPLETED ONLY BY FORMER EMPLOYER:

Verification of teaching experience is **required** for state and county salary purposes.

INSTRUCTIONS: Please complete this form as accurately as possible in accordance with your personnel or payroll records, **using one line for each year.** (For questions please e-mail us at compensation@dadeschools.net or call 305-995-7040).

Name & Address of School District or Institution of Higher Learning: _____
(If Different From Above) _____

| FULL-TIME TEACHER | | | | | | PART-TIME TEACHER | | | | | | | | |
|--|-----|------|---------|-----|------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----|-----|---------|--|--|-----------------------------|
| (PRE-K THROUGH 12, COLLEGES, UNIVERSITIES) | | | | | | (ONLY COLLEGES/UNIVERSITIES) | | | | | | | | |
| Term of Service | | | | | | No. of Days Scheduled in School Year | No. of Days Served in School Year | Term of Service | | | | | | Hours Worked in School year |
| FROM | | | THROUGH | | | | | FROM | | | THROUGH | | | |
| Mo | Day | Year | Mo | Day | Year | Mo | Day | Year | Mo | Day | Year | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

ALL SCHOOLS:

ONLY FLORIDA PUBLIC SCHOOLS: Did employee have a Continuing or Professional Service Contract? Yes No

Is your school a public school? Yes No

Grade(s) or subject(s) taught/comments: _____

Did this teacher hold a valid teaching certificate during his/her tenure? (Applies only to private Pre-K through 12) Yes No

Please provide your Telephone No.: _____ E-mail Address: _____

Please print your name: _____

AUTHORIZED SIGNATURE TITLE DATE STATE COUNTRY



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA PEDAGÓGICA

Número de empleado/a M-DCPS (si lo conoce)

CANDIDATO: LLENE ESTA SECCIÓN Y ENVÍELA A CADA UNO DE LOS EMPLEADORES DE LOS CUALES ESTÁ SOLICITANDO VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA.

| | |
|---|---|
| <p>_____</p> <p>(Nombre de la escuela/institución anterior)</p> <p>_____</p> <p>(Dirección)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Ciudad) (Estado/País) (Código postal)</p> | <p>DEVUELVA LOS ORIGINALES (NO COPIAS O FACSIMILES)</p> <p>A : MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS</p> <p>Compensation Administration 1500 Biscayne Boulevard, Suite 140 Miami, FL 33132</p> |
|---|---|

NOMBRE DEL/DE LA EMPLEADO/A: _____, No. de Seguro Social _____, ha sido empleado por las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade, Miami, Florida.

Cargo que se anticipa ocupará en las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade (Por ejemplo: maestro/a de quinto grado, maestro/a de artes del lenguaje, maestro/a de ciencias, etc.): _____

PARA SER LLENADO SOLAMENTE POR EL EMPLEADOR ANTERIOR:

La verificación de la experiencia pedagógica se **requiere** por motivos salariales del estado y el condado.

INSTRUCCIONES: Por favor, llene este formulario con la mayor exactitud posible, según sus archivos personales o de nómina, **use una línea para cada año laborado.** (Si tuviese preguntas, por favor, envíenos un correo electrónico a compensation@dadeschools.net o llame al teléfono 305-995-7040.)

Nombre y dirección del distrito escolar o institución de enseñanza superior: _____

(Si fuese diferente a la anterior) _____

| MAESTRO/A A TIEMPO COMPLETO (DE PREKINDERGARTEN A DUODÉCIMO GRADO, "COLLEGES", UNIVERSIDADES) | | | | | | MAESTRO/A A TIEMPO PARCIAL (SOLAMENTE PARA "COLLEGES"/UNIVERSIDADES) | | | | | | | |
|--|-----|-----|-------|-----|-----|---|---|-------------------|-----|-----|-------|--|--|
| Periodo de Empleo | | | | | | Número de días programados en el año escolar | Número de días que prestó servicios en el año escolar | Periodo de Empleo | | | | | |
| DESDE | | | HASTA | | | | | DESDE | | | HASTA | | |
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

TODAS LAS ESCUELAS:

¿Es su escuela una escuela pública? Sí No

Grado(s) o asignatura(s) que enseñó/comentarios: _____

¿Poseía el/la maestro/a un certificado válido para enseñar durante su permanencia en el cargo? (Aplica solamente a las escuelas privadas de prekindergarten a duodécimo grado? Sí No

Por favor, proporcione su número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, escriba su nombre en letra de molde _____

FIRMA AUTORIZADA TÍTULO FECHA ESTADO PAÍS