



# 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><b>RETURN ORIGINALS (NO COPIES/FAXES)</b></p> <p><b>TO : MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS</b></p> <p>Compensation Administration 1450 NE 2nd Ave., Suite 621 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.

Please check if employee has retired from your school district:  Yes  No Year Retired: \_\_\_\_\_

**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](mailto:compensation@dadeschools.net) or call (305) 995-7040).

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

<b>FULL-TIME TEACHER</b> (PRE-K THROUGH 12, COLLEGES, UNIVERSITIES)						<b>PART-TIME TEACHER</b> (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 de 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><b>DEVUELVA LOS ORIGINALES (NO COPIAS O FACSIMILES)</b></p> <p><b>A : MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS</b></p> <p>Compensation Administration 1450 NE 2nd Ave., Suite 621 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.

Por favor marcar si empleado(a) se a jubilado de su distrito escolar o institución:  Sí  No Año de Jubilación: \_\_\_\_\_

**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](mailto: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) \_\_\_\_\_

<b>MAESTRO/A A TIEMPO COMPLETO</b> <b>(DE PREKINDERGARTEN A DUODÉCIMO GRADO,</b> <b>"COLLEGES", UNIVERSIDADES)</b>						<b>MAESTRO/A A TIEMPO PARCIAL</b> <b>(SOLAMENTE PARA "COLLEGES"/UNIVERSIDADES)</b>							
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