|  |
| --- |
| **I. DATOS DEL CURSO** |
| Nombre del Curso |  |
| Entidad académica o dependencia solicitante |
|  |
| Modalidad |
| Presencial |  | Virtual |  | Aprendizaje combinado |  |
| Región |
| Xalapa |  | Veracruz |  | Orizaba |  | Poza Rica |  | Coatzacoalcos |  |
| Sede de la capacitación |  | N° de participantes |  |
| **II. CALENDARIZACIÓN** |
| Fechas de impartición |  | Horario de imparición |  |
| N° de sesiones |  | N° total de horas |  |
| Fechas de cada sesión |  |
| **III. PROPUESTA DE TRABAJO** |
| Dirigido a |  |
| Justificación (indicar la contribución del curso a la profesionalización del personal) |
|  |
| Objetivo de aprendizaje |
|  |
| Contenido temático |
|  |
| Criterios de evaluación y acreditación |
|  |
| **IV. DATOS DEL FACILITADOR** |
| Nombre completo  |  |
| Correo electrónico |  | Teléfono |  |
| **Nota: indispensable anexar síntesis curricular del facilitador en archivo electrónico**  |
| **V. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN EN LA ENTIDAD ACADÉMICA O DEPENDENCIA** |
| Nombre completo  |  |
| Correo electrónico |  | Teléfono |  |