**UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
Facultad de Medicina - Xalapa  
Coordinación de Educación Médica y Coordinación de Academias.**

Instrucciones: Con el fin de documentar el conocimiento del programa académico, la misión, la visión, el perfil de egreso, así como de la evaluación de la correspondiente Experiencia Educativa, se pide llenar la información correspondiente:

Fecha: **XX 08 2023**

Experiencia educativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NRC: **\_\_\_\_\_\_,** Sección: **\_\_,** Periodo: **Agosto 2023 – Enero 2024**. Aula: **\_\_\_\_**

Nombre del académico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Marque la que corresponda: Campo clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_ Laboratorio: \_\_\_\_\_\_\_\_ Actividades comunitarias: \_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente hago contar que me fue informado, la misión, la visión, el perfil de egreso, el programa y evaluación de la Experiencia Educativa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, que las conozco y comprendo completamente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre del alumno** | **Matrícula** | **Firma** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |

El que suscribe, académico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro haber analizado con los alumnos la misión, la visión, el perfil de egreso, el programa educativo, planeación didáctica y criterios para evaluación del desempeño establecida en el programa de la Experiencia Educativo.

Firma del Académico