

Vicerrectoría Académica

Reposición o Sustitución de Docencia

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

FECHA SOLICITUD: - -

Día Mes Año

PERÍODO ACADÉMICO: - -

ÁREA O CENTRO DE EXCELENCIA

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manufactura | <input type="checkbox"/> Mecatrónica |
| <input type="checkbox"/> Multimedia | <input type="checkbox"/> ILS |
| <input type="checkbox"/> Software | <input type="checkbox"/> TI |
| <input type="checkbox"/> Ciclo Básico | <input type="checkbox"/> |

CURSO O MATERIA

DOCENTE ORIGINAL ASIGNADO(A)

COD.

TIPO

- Educación Permanente
- Tecnólogo

DOCENTE REPOSICIÓN / SUSTITUCIÓN

COD.

PROCESO

- Reposición
- Sustitución

DATOS DE ORIGEN

DATOS DE LA REPOSICIÓN O SUSTITUCIÓN

Grupo	Aula Asignada	Fecha Original de la Sección	Aula Sustituta	Fecha de Reposición / Sustitución	Hora
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	De <input type="text"/> A <input type="text"/>

RAZONES PARA SUSPENSIÓN / SUSTITUCIÓN Y/O REPOSICIÓN.-

REGISTRO DE ASISTENCIA A LA SUSPENSIÓN / SUSTITUCIÓN Y/O REPOSICIÓN.-

	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Vicerrectoría Académica

Reposición o Sustitución de Docencia

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

NOTA:

Este formulario deberá ser entregado en **ORIGINAL** al Departamento de Registro debidamente completado junto a las **matrículas y firmas** de los estudiantes que asistieron a la reposición, el día laboral **SIGUIENTE** a la misma.

Docente Original Asignado(a)

Docente Suplente

Firma del Encargado(a) de Área