|  |  |
| --- | --- |
| **FACULTAD, CARRERA O DEPTARTAMENTO SOLICITANTE** |  |
| **NOMBRE DEL CURSO/TALLER** |  |
| **FECHA EJECUCIÓN** | día/mes/año |
| **NÚMERO DE HORAS** | Ej: 10 horas (6 presencial y 4 no presencial) (sincrónico, asincrónico) |
| **NÚMERO DE SESIONES** |  |
| **HORARIO** | Ej: 09:00 a 11:00 hrs. |
| **LUGAR** | Sede- campus - etc. |
| **PÚBLICO OBJETIVO** | A quienes está dirigido el curso taller? |
| **TEMAS A TRATAR** | breve listado |
| **OBJETIVO DEL CURSO O TALLER** |  |
| **APRENDIZAJES ESPERADOS** | ¿Qué se espera que logren aprender los docentes con este curso o taller? |
| **MODALIDAD** | presencial, semi presencial, 100% online, otro. |
| **METODOLOGÍA** |  |
| **PRODUCTOS ESPERADOS** | ¿Qué se espera que los docentes desarrollen luego del curso o taller, para que este sea aprobado y posteriormente Certificado por el CIDD? |
| **SEGUIMIENTO** |  |
| **EVALUACIÓN** | ¿Cómo se evaluará a los participantes del curso o taller para ser certificados? |

**EMISIÓN DE LA SOLICITUD:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Nombre Responsable (s)** | **Firma Responsable (s)** |
|  |  |  |

**Firma y timbre Jefe del CIDD**