**Para impartir EDUCACIÓN PRIMARIA**

**Modalidad: ESCOLARIZADA**

**Duración del plan: 6 AÑOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROFESOR** | **EXPERIENCIA** | | **GRADO O PUESTO A DESEMPEÑAR** | **NOMBRE DE LA CARRERA ESTUDIADA** | **CEDULA ESTATAL O FEDERAL** | **FIRMA DEL ACADÉMICO** |
| **DIRECTIVO** | **DOCENTE** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Nota: Deberá adjuntar copia de la documentación que acredite la información de este formato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma del representante legal**