**Plan de Estudios:**

**Modalidad:**

**Ciclo:**

**Duración del plan:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL DIRECTOR** | **CATEGORÍA** | **ASIGNATURAS****A IMPARTIR** | FORMACIÓN PROFESIONAL (TÍTULO, DIPLOMA O GRADO) | FIRMA DEL ACADÉMICO |
| **Asignatura** | **Tiempo completo** |
|  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE DE LOS DOCENTES** | **CATEGORÍA** | **ASIGNATURAS****A IMPARTIR** | FORMACIÓN PROFESIONAL **(TÍTULO, DIPLOMA O GRADO)** | FIRMA DEL ACADÉMICO |
| **Asignatura** | **Tiempo completo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

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

**Nombre y firma del representante legal**