formulario de postulacion de cursos y actvidades de capacitacion continua

1. **MODALIDAD (marque lo que corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Curso presencial** |  |
| **Curso virtual** |  |
| **Curso híbrido (incluye instancias presenciales y virtuales)** |  |

1. **NOMBRE DEL CURSO:**

|  |
| --- |
|  |

1. **DOCENTE RESPONSABLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Apellido | Correo electrónico | Teléfono/celular | N horas asignadas sobre el total del curso |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DOCENTES COLABORADORES**
 |
| Nombre | Apellido | Correo electrónico | Teléfono/celular | N horas asignadas sobre el total del curso |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Cantidad de horas**

**especificar presenciales y virtuales** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **infraestructura necesaria**
 |  |

|  |
| --- |
| **6.- Programa extendido del curso: (**todos los campos son obligatorios, excepto aquellos señalados) |
| Objetivos |
| Contenidos |
| Método didáctico |
| Bibliografía y materiales didácticos |
| Días y horarios DE DICTADO |
| fecha de inicio y final DE DICTADO |
| Material docente a ser distribuido  |
| ¿El curso prevé evaluación de aprendizajes? |

1. **DESTINATARIOS (marque según corresponda)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Destinatario | Sí | No |  |
| egresados |  |  |  |
| Estudiantes de Grado |  |  |  |
| OTROS  |  |  | Si es SÍ, ESPECIFIQUE: |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **¿Requiere material o equipamiento de apoyo? (marque según corresponda)**
 |
| Sí (especifique materiales y costo) | No |
|  |  |
| 1. **¿El curso tendrá un cupo máximo de participantes?**
 |
| Sí (especifique cupo) | No |
|  |
| 1. **Costo del curso (en pesos uruguayos)**
 |
| Costo total sugerido  |  |
| Bonificaciones sugeridas |  |