**PARA LOS/LAS DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de realización del diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Período de formación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIORIZAR LAS ASIGNATURAS EN LAS QUE REQUIERA LA FORMACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL/LA DOCENTE EN LA CARRERA GENÉRICA Y EN LOS**

**MÓDULOS DE ESPECIALIDAD, AVALADOS POR LA ACADEMIA.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nombre del curso** | **Asignaturas que impacta** | **Contenidos temáticos** | **Número de profesores/as que la requieren** | **Objetivo** | **G-Genérica****E- Especialidad** | **Facilitadores/as propuestos/as**  | **D-Departamental****G-General** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA |  | NOMBRE Y FIRMA |  | NOMBRE Y FIRMA |
| Jefe/a Depto. Académico |  | Presidente/a de Academia |  | Subdirector/a Académico/a |

**Nota:** La formación docente estará atendida prioritariamente con el Programa Nacional de Formación Docente Centrado en el Aprendizaje (Formación DOCA)