SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE PROFESOR REMOTO

|  |
| --- |
| DATOS DE LA SOLICITUD |
| ESCUELA/ANEXO:TECNICA DE LIBERTAD |
| DEPARTAMENTO: SAN JOSE  | MAIL: utulibertad1@gmail.com |
| DESCRIPCIÓN DE LAS HORAS A CUBRIR |  |
| ÁREA:332 | TIPO DE CURSO:BP | ORIENTACIÓN:GASTRONOMÍA |
| PLAN:2008 | TRAYECTO:      | MÓDULO:      | SEMESTRE:      |
| AÑO:2024 | GRUPO:BPA | MATERIA:FRANCES | TURNO:4 |
| HORARIO:Miércoles 22:05 a 23:25 |
| CARÁCTER DE LAS HORAS: | INTERINO [x]  | SUPLENTE [ ]  |
| DOCENTE FACILITADOR |
| APELLIDOS Y NOMBRES:       |
| CORREO INSTITUCIONAL:     @utu.edu.uy |
| FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD: A la fecha el grupo no ha tenido docente desde el comienzo del año lectivo. Grupo de egreso  |
| SE ELEVA A INSPECCIÓN REGIONAL: solicitud de contar con profesor remoto |
| FECHA: 6/6/2024 | FIRMA DEL DIRECTOR |
| INSPECCIÓN REGIONAL |
| INFORME |
| LA ESCUELA CUMPLE CON LOS REQUISITOS TECNOLÓGICOS:  | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| LAS HORAS FUERON OFRECIDAS EN AL MENOS TRES OPORTUNIDADES: | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| SIGA TRÁMITE A LA COORDINACIÓN DE PROFESOR REMOTO. |  |  |
| FECHA:   /  /     | FIRMA REGIONAL |
| COORDINACIÓN DE PROFESOR REMOTO |
| SE INFORMA A:       |