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 | | | 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: | | | | | | |