

FACULTAD DE ARQUITECTURA

FORMULARIO DE DATOS DE CURSOS OPCIONALES

Nombre del curso

Créditos

Datos personales del responsable

Apellidos _____

Nombre (s) _____

Correo electrónico de contacto _____

C.I. _____ N° Celular _____

Servicio _____ % del pago total _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Tipo de curso

Semestre de dictado

Periodicidad

A1 A2 B C 1° 2° Ambos Semanal N° clases por semana _____

Según pautas establecidas por el llamado en ítem III. Indicar sólo un tipo.

Quincenal (Para cursos semipresenciales)

Duración de clase (hs)

Franjas horarias en las que podría dictarse

1:30 2:00 3:00

Finalizando a las 10:00 hs

Finalizando a las 18:00 hs

Comenzando a las 10:00 hs

Finalizando a las 20:00 hs

Comenzando a las 13:00 hs

Comenzando a las 20:00 hs

Indicar uno o más horarios, manifestando orden de preferencia

Equipo docente

Docente 1:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Docente 2:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____



FACULTAD DE ARQUITECTURA

FORMULARIO DE DATOS DE CURSOS OPCIONALES

Equipo docente

Docente 3:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Docente 4:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Docente 5:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Docente 6:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Docente 7:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Docente 8:

Nombres y Apellidos _____ % del pago total _____

Requiere contratación Si No Servicio _____

Grado _____ N° de cargo _____ Horas _____

Firma Responsable

Firma Funcionario

