



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA, A DISTANCIA Y VIRTUAL**

Fecha en la que lo solicita:					Formulario Nro:	
Apellidos y Nombres:					Correo electrónico:	
Documento de Identidad:						Teléfono:
Módulo / Asignatura		Facultad / Programa		Número de Estudiantes	Modalidad	Período de uso
1						Desde:
						Hasta:
Observación:						

Firma Docente

Autorizada: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Validaciones	Autorizada: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Período: Desde: _____ Hasta: _____		Período: Desde: _____
Fecha: _____		Fecha: _____
Responsable		Responsable
Decano y/o Director: _____		Coordinador Programa: _____

// Porque la educación continua, debe ser de calidad!!

