**DISPCDD-TLUJ: 115/21: ANEXO II**

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES Y CURSOS DE POSGRADO**

No borrar campos sombreados -No agregar campos.

(\*) Información obligatoria

|  |
| --- |
| **1. DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD\*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. TIPO DE ACTIVIDAD \* (Señale con una X)** | | | |
| ACT. EXTRACURRICULAR |  | CURSO DE POSGRADO |  |

|  |
| --- |
| **3. PARTICIPANTES** |
| Incorpore tantas filas como sea necesario en las tablas 3.3. y 3.4. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1. DOCENTE RESPONSABLE\*** | | |
| Apellido | Nombre/s | Título académico máximo |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.2. DOCENTE CO-RESPONSABLE** | | | |
| Apellido | Nombre/s | Título académico máximo | Institución/Organismo/Depto. Académico, etc. |
|  |  |  |  |
| En caso de ser externo a la Universidad, adjuntar CV resumido. | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.3. DISERTANTE/S\*** | | | |
| Apellido | Nombre/s | Título académico máximo | Institución/Organismo/Depto. Académico, etc. |
|  |  |  |  |
| En caso de ser externos a la Universidad, adjuntar CV resumido. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.4. COLABORADOR/ES** | | |
| Apellido | Nombre/s | Institución/Organismo/Depto. Académico, etc. |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. DETALLE DE LA ACTIVIDAD\*** |
| 4.1. OBJETIVOS |
|  |
| 4.2. FUNDAMENTO |
|  |
| 4.3. CONTENIDOS o PROGRAMA ANALÍTICO |
|  |
| 4.4. DESTINATARIOS |
|  |
| 4.5. BIBLIOGRAFÍA (obligatorio para Cursos de Posgrado) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD\*** | |
| 5.1. PERÍODO DE DESARROLLO (Fecha de inicio-Fecha de fin) |  |
| 5.2. LUGAR DE DICTADO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.3. MODALIDAD DE DICTADO (Señale con una X) | |
| PRESENCIAL (y/o hasta 30% A DISTANCIA) |  |
| SEMIPRESENCIAL  (mayor a 30% y menor a 100% A DISTANCIA) |  |
| COMPLETAMENTE A DISTANCIA (100%) |  |
| Las modalidades de dictado se ajustan a lo establecido en la Res. HCS N°. 159/19. | |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.4. DURACIÓN TOTAL  (en horas) |  |
| Conforme lo establece la Res. HCS N.º 1074/14, la carga horaria de los Cursos de Posgrado no deberá ser inferior a treinta y dos (32) horas. | |

|  |
| --- |
| 5.5. OTROS DETALLES DE LA ACTIVIDAD (Cantidad de clases, actividades sincrónicas y asincrónicas, herramientas tecnológicas a utilizar, cantidad de trabajos prácticos, etc.) |
|  |

|  |
| --- |
| 5.6. MODALIDAD DE EVALUACIÓN |
|  |
| Conforme lo establece la Res. HCS N.º 1074/14, para los Cursos de Posgrado se deberá detallar la modalidad de evaluación con calificación. |

|  |
| --- |
| **6. REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. CUPOS** (Indicar número de personas.Discriminar cupos por destinatarios, de ser necesario) | |
| MÁXIMO |  |
| MÍNIMO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. ARANCELES\*** | |
| DOCENTE UNLu |  |
| ESTUDIANTE UNLu |  |
| GRADUADO UNLu |  |
| PARTICIPANTE EXTERNO |  |
| OBSERVACIONES | Si existe otra categorización para el cobro de los aranceles, indicar aquí. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. CERTIFICACIONES \*** | | | | |
| 9.1. Tipo de certificado (Señale con una X lo que corresponda) Si no requiere emisión de certificados, no completar. En cursos de posgrado, indicar si se requiere certificado con constancia de nota (RESREC-LUJ: 316/16) | | | | |
| **CERTIFICADO DE ASISTENCIA** |  | **CERTIFICADO DE APROBACIÓN** | |  |
| Detallar condiciones mínimas de asistencia: | | Detallar condiciones mínimas de aprobación: | | |
|  | |  | | |
| 9.2. En cuanto a la emisión de los certificados (Solo completar en caso de Actividad Extracurricular, NO Curso de Posgrado. Señale con una X lo que corresponda) \* | | | | |
| Estará a cargo del Departamento de Tecnología (a través de Certificaciones y Títulos) | | |  | |
| Estará a cargo del Docente Responsable de la actividad | | |  | |

|  |
| --- |
| **10. RECURSOS NECESARIOS, PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma y aclaración del Docente Responsable de la actividad \*** |  |
| **Fecha de presentación \*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VISTO del Profesor responsable de la asignatura donde presta servicios el Docente Responsable de la actividad (Firma y aclaración)** |  |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Conformidad del Jefe de División**  **(Firma y aclaración) \*** |  |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Conformidad de la Secretaría Académica del Departamento (Firma y aclaración) \*** |  |
| Observaciones |  |

Enviar el formulario con la firma del Docente Responsable de la actividad y del Profesor Responsable de la asignatura a la siguiente dirección: tecnoactividadesacad@gmail.com