

INFORMACIÓN RELATIVA A PROFESORES POR HORA

Facultad o Centro _____

Departamento _____

fecha: _____

No.	Nombre Completo	Fecha de inicio de labores	Formación Académica		Asignación de UV	Manifiesta interés en nombramiento				Observaciones
			Licenciatura	Posgrado		Tiempo Completo	Medio Tiempo	Profesor Horario	Ninguno	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Nombre, Firma y Sello del Jefe de Departamento

Firma con Visto Bueno y Sello del Decano o Director